

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Gastritis atau yang lebih dikenal dikalangan masyarakat sebagai maag ialah suatu pengikisan yang terjadi pada bagian superfisial gaster karena adanya peningkatan asam lambung. *Gastritis* merupakan suatu inflamasi lapisan gaster akut atau kronis (Overdorf. D, 2008). *Gastritis* merupakan suatu peradangan pada permukaan mukosa lambung yang bersifat akut (< 6 bulan), karena ada kerusakan berupa pengikisan hanya pada bagian permukaan mukosa (Inaya. I, 2010). Dengan demikian, maka *Gastritis* adalah peradangan pada mukosa lambung karena adanya peningkatan asam lambung.

Badan penelitian kesehatan dunia (*World Health Organization*) WHO 2013, mengadakan tinjauan terhadap beberapa Negara di dunia dan mendapatkan hasil persentase dari angka kejadian gastritis di dunia, diantaranya Inggris 22%, China 31%, Jepang 14,5%, Kanada 35%, dan Perancis 29,5%. Di dunia, insiden gastritis sekitar 1,8-2, 1 juta dari jumlah penduduk setiap tahun. Insiden terjadinya gastritis di Asia Tenggara sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya.

Persentase dari angka kejadian gastritis di Indonesia pada tahun 2013 menurut WHO adalah 40,8%. Angka kejadian gastritis pada beberapa daerah

di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274,396 kasus dari 238,452,952 jiwa penduduk.

Pada tahun 2013 penyakit gastritis menempati urutan ke-4 dari 50 peringkat utama penyakit dirumah sakit seluruh Indonesia dengan jumlah kasus 218.500 kasus (Depkes RI, 2013). Berdasarkan data dari profil Kementerian Kesehatan Kota Kendari pada tahun 2013 gastritis merupakan 10 besar penyakit dengan posisi peringkat ke-5 pasien rawat inap dan posisi ke-6 rawat jalan dirumah sakit. Rata-rata pasien yang datang di unit pelayanan kesehatan baik di Puskesmas maupun rumah sakit mengalami keluhan yang berhubungan dengan nyeri ulu hati.

Data dari RSUD Sulawesi Tenggara tahun 2012 tercatat 22.785 kasus gastritis di Puskesmas se- Provinsi Sulawesi Tenggara, sedangkan tahun 2013 tercatat sebanyak 29.292 pasien gastritis yang mendatangi Puskesmas untuk melakukan pengobatan.

Berdasarkan pengambilan data awal yang telah dilakukan di Puskesmas Soropia, tahun 2016 jumlah pasien dengan *Gastritis* sebanyak 422 orang, pada tahun 2017 sebanyak 535 orang dan pada tahun 2018 sebanyak 746 orang. Dari data yang telah didapatkan tahun 2018 angka kejadian penyakit *Gastritis* menempati urutan ke-4 dari 20 daftar penyakit terbesar di Puskesmas Soropia. Data awal diatas menunjukkan bahwa 3 tahun terakhir jumlah penderita *Gastritis* selalu mengalami peningkatan.

Penyakit *Gastritis* merupakan penyakit saluran pencernaan bagian atas yang banyak di keluhkan di masyarakat dan paling banyak di temukan di

bagian gastroenterologi, di perkirakan hampir semua penderita gastritis mengalami kekambuhan. Salah satu faktor yang dapat menimbulkan munculnya gejala gastritis adalah stress dan kebiasaan mengonsumsi makanan yang bisa meningkatkan asam lambung (Maulidah 2011).

Penyakit Gastritis ini bila tidak diatasi dengan cepat makan dapat menimbulkan perdarahan sehingga banyak darah yang keluar dan berkumpul di lambung, selain itu juga dapat menimbulkan tukak lambung (Megawati, 2014). Data dari Puskesmas Soropia menunjukkan bahwa ada 65 orang (8,7%) yang mengalami komplikasi tukak lambung dari jumlah penderita gastritis yang kunjungan pada tahun 2018 (data Puskesmas Soropia, 2018).

Nyeri adalah pengalaman sensori yang tidak menyenangkan dan merupakan salah satu gejala yang terjadi pada pasien gastritis. Nyeri yang di rasakan adalah nyeri ulu hati dan nyeri epigastrium (Price 2012).

Terjadinya nyeri pada gastritis diakibatkan inflamasi pada dinding lambung. Sekresi gastrin dari *nukleus motorik dorsalis*, melewati *nervus vagus* menuju dinding lambung pada sistem saraf enterik, kemudian kelenjar-kelenjar gaster, sehingga mukosa dalam antrum lambung mensekresikan hormon gastrin dan merangsang sel-sel parietal yang nantinya produksi asam hidroklorida berlebihan sehingga terjadi iritasi pada mukosa lambung. Asam hidroklorida disekresi secara kontinyu sehingga sekresi meningkat karena mekanisme neurogenik dan hormonal yang dimulai oleh rangsangan lambung. Jika asam lambung atau hidroklorida tidak dinetralisir atau mukosa melemah

akibatnya tidak ada perlindungan, akhirnya asam hidroklorida dan pepsin akan merusak lambung.

Pada fase awal peradangan mukosa lambung akan merangsang ujung syaraf yang terpajan yaitu syaraf hipotalamus untuk mengeluarkan asam lambung. Kontak antara lesi dan asam juga merangsang mekanisme reflek lokal yang dimulai dengan kontraksi otot halus sekitarnya, dan akhirnya terjadi nyeri yang biasanya dikeluhkan dengan adanya nyeri seperti tertusuk-tusuk dan terbakar di epigastrium (Horbo, 2002).

Oleh karena itu, peranan keluarga dan dukungan positif sangat membantu dalam perawatan dan pencegahan kekambuhan gastritis pada anggota keluarga yang menderita gastritis. Seseorang dengan dukungan yang tinggi akan lebih berhasil mengatasi masalah nyerinya dibanding dengan yang tidak memiliki dukungan. (Taylor, 2000 dalam Rumiani, 2011).

Salah satu pengobatan secara non farmakologis dalam mengatasi nyeri adalah teknik relaksasi otot progresif. Latihan relaksasi otot progresif adalah salah satu teknik sistematis untuk mencapai keadaan relaksasi yang dikembangkan oleh Edmund Jacobson (Supriatin, 2011).

Mekanisme teknik relaksasi progresif dalam menurunkan nyeri gastritis adalah melalui pengaktifan system saraf parasimpatis secara sadar untuk melawan efek negative yang ditimbulkan di lambung oleh kerja system saraf simpatis pada saat stress (Green berg, 2004). Sistem saraf parasimpatis menyebabkan penurunan asam lambung, vasodilatasi kapiler darah di abdomen dan lambung sehingga terjadi peningkatan aliran darah ke lambung

dan abdomen, serta relaksasi otot-otot visceral di lambung dan abdomen (Garpta, 2010). Dengan mengetahui lokasi dan merasakan otot yang tegang, maka kita dapat merasakan hilangnya ketegangan sebagai salah satu respon nyeri dengan lebih jelas (Chalesworth & Nathan, 2006).

Terapi ini didasarkan pada keyakinan bahwa tubuh berespon pada nyeri yang merangsang pikiran dan kejadian dengan ketegangan otot, oleh karena itu dengan adanya relaksasi otot progresif yang bekerja melawan ketegangan fisiologis yang terjadi maka nyeri bisa teratasi ( Davis dkk, 2005).

Pemilihan teknik relaksasi progresif dari pengobatan non farmakologis yang lain adalah karena dalam teknik relaksasi progresif dapat membantu fisik dan psikologis serta. Selain dapat menurunkan nyeri sebagai fisiologi, teknik relaksasi juga dapat membuat tubuh dan pikiran terasa tenang, rileks, dan lebih mudah untuk tidur (Davis, 2007). Selain itu, penatalaksanaan nonfarmakologis dengan cara ini sangat dianjurkan, karena tidak menimbulkan efek samping, dan dapat memandirikan pasien gastritis yang mengalami nyeri untuk dapat menjaga kesehatannya (Supetran. I, 2016)

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh I Wayan Supetran (2016), tentang Efektifitas penggunaan teknik relaksasi otot progresif dalam menurunkan tingkat nyeri pasien gastritis, dengan hasil yaitu ada pengaruh yang signifikan pada intensitas nyeri pasien gastritis sesudah dilakukan teknik relaksasi otot progresif, dari 25 responden tingkat nyeri pada pasien gastritis akut sebelum pemberian teknik relaksasi progresif adalah nyeri ringan sebanyak 4 orang (16%), nyeri sedang yaitu sebanyak 16 orang

(64%), nyeri berat terkontrol sebanyak 5 orang (20%). Tingkat nyeri pada pasien gastritis akut sesudah pemberian teknik relaksasi progresif adalah tidak ada nyeri sebanyak 1 orang (4%), nyeri ringan sebanyak 12 orang (48%), nyeri sedang yaitu sebanyak 7 orang (28 %), nyeri berat terkontrol sebanyak 5 orang (20%). Nilai sum ranks menunjukkan bahwa nilai rank untuk tingkat nyeri pada sebelum pemberian teknik relaksasi progresif adalah sebesar 71,50 pada saat sedangkan saat sesudah pemberian teknik relaksasi progresif adalah sebesar 6,50. Nilai Z sebesar 2,887 dengan nilai signifikan sebesar 0,004.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Penerapan Manajemen Nyeri : Teknik Relaksasi Otot Progresif Terhadap Kontrol Nyeri dan Tingkat Nyeri Pada Keluarga Dengan Gastritis di Desa Mekar Wilayah Kerja Puskesmas Soropia”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian diatas maka penulis merumuskan masalah dalam studi kasus *Gastritis* ini adalah “Bagaimana Penerapan Manajemen Nyeri: : Teknik Relaksasi Progresif Terhadap Kontrol dan Tingkat Nyeri Pada Keluarga Dengan Gastritis di Desa Mekar Wilayah Kerja Puskesmas Soropia”?

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Melakukan Penerapan Manajemen Nyeri: : Teknik Relaksasi Progresif Terhadap Kontrol dan Tingkat Nyeri Pada Keluarga Dengan Gastritis di Desa Mekar Wilayah Kerja Puskesmas Soropia.

## **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi perubahan tingkat nyeri dengan penggunaan teknik relaksasi otot progresif pada keluarga dengan gastritis
- b. Mengidentifikasi kemampuan kontrol nyeri dengan penerapan teknik relaksasi otot progresif pada keluarga dengan gastritis
- c. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam mengajarkan teknik relaksasi otot progresif pada anggota keluarga dengan nyeri gastritis

## **D. Manfaat Studi Kasus**

### **1. Manfaat Teoritis**

#### **a. Penulis**

Untuk menambah pengalaman dan pengetahuan sesuai dengan profesi yang penulis tekuni sebagai seorang perawat yang professional, sehingga bisa diterapkan dan dapat dijadikan sumber ilmu wawasan yang berkaitan dengan proses keperawatan.

#### **b. Profesi Keperawatan**

Dapat memberikan kontribusi laporan kasus bagi pengembangan praktik keperawatan keluarga dan pemecahan masalah khususnya pada kasus keluarga gastritis dengan penerapan tindakan non farmakologi teknik relaksasi otot progresif untuk mengontrol dan menurunkan tingkat nyeri.

c. Institusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi tentang penerapan teknik relaksasi otot progresif terhadap kontrol nyeri dan tingkat nyeri pada asuhan keperawatan pasien dengan *Gastritis* sehingga bisa dipergunakan bagi praktik mahasiswa keperawatan.

2. Manfaat Praktis

a. Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang cara alternatif untuk mengontrol dan menurunkan tingkat nyeri pada keluarga gastritis dengan penggunaan teknik relaksasi otot progresif.

b. Puskesmas Soropia

Dapat memberikan sumbangan pemikiran agar diaplikasikan ke dalam praktek pelayanan kesehatan pada keluarga dengan gastritis di Puskesmas

c. Peneliti Selanjutnya

Mengembangkan penelitian sehingga dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu dalam penelitian selanjutnya

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Gastritis**

##### **1. Definisi**

Gastritis atau lebih dikenal sebagai maag berasal dari bahasa Yunani yaitu *gastro*, yang berarti perut atau lambung dan *itis* yang berarti inflamasi atau peradangan. (Brunner dan Suddart, 2004).

Gastritis merupakan peradangan pada dinding lambung terutama pada mukosa dan submukosa lambung, ditandai dengan nyeri ulu hati setelah makan dan nyeri tekan pada bagian epigastrium (Bruner, 2008).

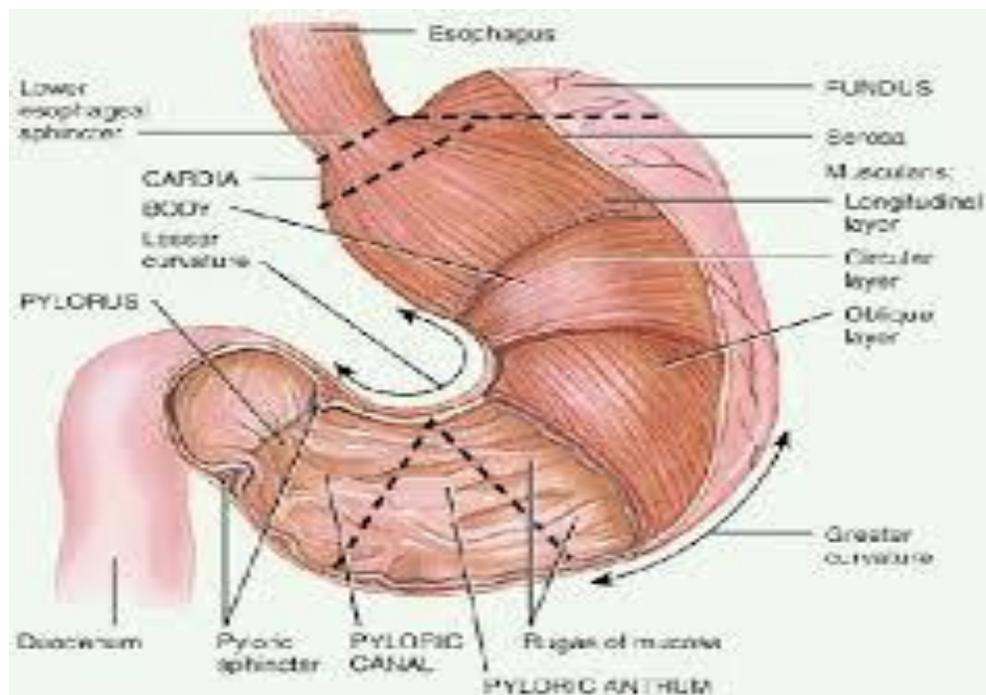
Gastritis adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik difus, atau lokal dengan karakteristik anoreksia, rasa penuh, tidak enak pada epigastrium, mual dan muntah (Suratun dan Lusianah, 2010).

Gastritis merupakan peradangan yang mengenai mukosa lambung. Peradangan ini mengakibatkan pembengkakan mukosa lambung hingga terlepasnya epitel mukosa superfisial yang menjadi penyebab terpenting dalam gangguan saluran pencernaan. (Sukarmin, 2013).

Berdasarkan definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa gastritis adalah proses inflamasi lokal atau merata yang terjadi pada lapisan mukosa lambung dan submukosa yang bersifat akut, kronik, difus atau setempat

akibat bakteri, pelepasan epitel dan zat iritan lain, sehingga menyebabkan kerusakan atau pengikisan yang mengakibatkan perlukaan pada bagian superfisial dengan manifestasi yang ditemukan yaitu anoreksia, perut terasa penuh, rasa tidak nyaman pada epigastrium, mual dan muntah.

## 2. Anatomi Fisiologi Lambung



**Gambar 2.1.** Anatomi Lambung manusia (Moore et al, 2010)  
Sumber: Muttaqin (2011), Price dan Wilson (2000)

Lambung terletak oblik dari kiri ke kanan menyilang di abdomen atas tepat dibawah 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.

Sebelah kanan atas lambung terdapat cekungan kurvatura minor dan bagian kiri bawah lambung terdapat kurvatura mayor. Sfingter pada kedua ujung lambung mengatur pengeluaran dan pemasukan yang terjadi. Sfingter kardia atau sfingter esophagus bawah, mengalirkan makanan masuk ke dalam lambung dan mencegah refluks isi lambung memasuki esophagus kembali. Daerah lambung tempat pembukaan sfingter kardia dikenal dengan nama daerah kardia. Di saat sfingter pilorikum terminal berelaksasi, makanan masuk ke dalam duodenum, dan ketika berkontraksi sfingter ini akan mencegah terjadinya aliran balik isi usus ke dalam lambung (Wilson, 2004).

Lambung terdiri atas 4 (empat) lapisan yaitu :

1. Tunika serosa / lapisan luar

Merupakan bagian dari peritoneum viseralis, dua lapisan peritoneum viseralis menyatu pada kurvatura minor lambung dan duodenum serta terus memanjang ke arah hati membentuk omentum minus. Omentum minor menunjang lambung sepanjang kurvatura minor sampai ke hati, pada kurvatura mayor peritoneum terus kebawah membentuk omentum mayus yang menutupi usus dari depan seperti apron besar.

2. Muskularis

Tersusun dari tiga lapisan, lapisan longitudinal bagian luar, lapisan sirkular ditengah dan lapisan oblik bagian dalam. Susunan serat-serat otot yang unik memungkinkan berbagai macam kontraksi yang diperlukan untuk memecahkan makanan menjadi partikel-partikel

yang kecil, mengaduk dan mencampur makanan tersebut dengan cairan lambung dan mendorong ke arah duodenum.

### 3. Submukosa

Terdiri dari jaringan areolar yang menghubungkan lapisan mukosa dan lapisan muskularis. Jaringan ini memungkinkan mukosa bergerak bersama gerakan peristaltik. Lapisan ini juga mengandung pleksus saraf, pembuluh darah dan saluran limfe.

### 4. Mukosa

Lapisan dalam lambung tersusun dari lipatan longitudinal yang disebut rugae. Dengan adanya lipatan-lipatan ini lambung dapat berdistensi sewaktu diisi makanan, pada mukosa ini terdapat kelenjar yaitu :

- a. Kelenjar kardia terletak dekat lubang kardia yang mensekresikan mukus.
- b. Kelenjar fundus atau gastrik terletak pada fundus dan hampir seluruh korpus lambung. Pada kelenjar fundus ini terdapat tiga jenis sel utama yaitu sel-sel zimogenik atau chief cells mensekresikan pepsinogen, sel parietal, mensekresikan asam hidroklorida dan faktor intrinsik, sel mukus mensekresikan mukus.
- c. Kelenjar pylorus terletak pada daerah pylorus lambung yang menghasilkan gastrin (Wilson, 2004).

Adapun fungsi lambung yaitu :

## 1. Fungsi motorik

- a. Fungsi reservoir yaitu menyimpan makanan sampai makanan tersebut sedikit demi sedikit dicernakan dan bergerak pada saluran cerna. Menyesuaikan peningkatan volume tanpa menambah tekanan dengan relaksasi resektif otot polos diperantarai saraf vagus dan dirangsang oleh gastrin.
- b. Fungsi mencampur yaitu memecahkan makanan menjadi partikel-partikel kecil dan mencampurnya dengan getah lambung melalui kontraksi otot yang mengelilingi lambung.
- c. Fungsi pengosongan lambung diatur oleh pembukaan sfingter pylorus yang dipengaruhi oleh viskositas, volume, keasaman, aktivitas osmotik, keadaan fisik serta oleh emosi, obat-obatan dan kerja.

## 2. Fungsi pencernaan dan sekresi

- a. Pencernaan protein oleh pepsin dan HCL dimulai di lambung, pencernaan karbohidrat dan lemak oleh amilase dan lipase dalam lambung kecil peranannya.
- b. Sintesis dan pelepasan gastrin dipengaruhi oleh protein yang dimakan, peregangan antrum, alkalinisasi antrum rangsangan vagus.
- c. Sekresi faktor intrinsic memungkinkan absorpsi vitamin B12.

d. Sekresi mukus membentuk selubung yang melindungi lambung serta berfungsi sebagai pelumas sehingga makanan lebih mudah diangkut. Pengaturan sekresi lambung dibagi menjadi:

1) Fase sefalik

Dimulai makanan masuk lambung yaitu sebagai akibat melihat, mencium, dan memikirkan atau mengecap makanan. Fase ini diperantarai seluruhnya oleh syaraf vagus dan dihilangkan dengan vagotomi sinyal neorogonik yang menyebabkan fase sefalik berasal dari kortek serebri atau pusat nafsu makan. Impuls aferen kemudian dihantar melalui syaraf vagus ke lambung. Hasilnya kelenjar gastrik dirangsang mengeluarkan asam HCL, pepsinogen dan menambah mukus.

2) Fase gastrik

Dimulai saat makanan mencapai antrum pylorus. Distensi yang terjadi pada antrum menyebabkan terjadinya rangsangan mekanis dari reseptor-reseptor pada dinding lambung. Impuls tersebut menuju medula-medula aferen vagus, impuls ini merangsang pelepasan hormone gastrin dan secara langsung juga merangsang kelenjar-kelenjar lambung. Gastrin di lepas dari antrium kemudian dibawa ke aliran darah menuju kelenjar lambung untuk merangsang sekresi. Pelepasan Gastrin juga dirangsang

oleh PH alkali, garam empedu di atrium. Gastrin adalah stimulus utama sekresi asam hidroklorida.

### 3) Fase intestinal

Dimulai oleh gerakan kismus dari lambung ke duodenum. Adanya protein yang telah dicerna sebagian dalam duodenum merangsang pelepasan gastrin usus suatu hormone yang menyebabkan lambung terus menerus mensekresi cairan lambung, tetapi peranan usus halus sebagai penghambat sekresi lambung jauh lebih besar (Wilson, 2002).

## 3. Etiologi

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 biasanya merupakan akibat dari infeksi oleh *Helicobacter pylori* (bakteri yang tumbuh di dalam sel penghasil lender dilapisan 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 erosif kronis bisa merupakan 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.

- c. Gastritis eosinofilik bisa terjadi sebagai akibat dari reaksi alergi terhadap investasi cacing gelang. Eosinofil (sel darah putih) terkumpul di dinding lambung.
- d. Gastritis atrofik terjadi jika antibodi menyerang lapisan lambung, sehingga lapisan lambung menjadi sangat tipis dan kehilangan sebagian atau seluruh selnya yang menghasilkan asam dan enzim. Gastritis atrofik bisa menyebabkan anemia pernisiiosa karena memengaruhi penyerapan vitamin B12 dari makanan.
- e. Gastritis sel plasma merupakan gastritis yang penyebabnya tidak diketahui. Gastritis juga bisa terjadi jika seseorang menelan bahan korosif atau merima terapi penyinaran dengan dosis yang berlebihan.

#### **4. Patofisiologi**

Obat-obatan, alkohol, garam empedu, dan zat iritan lain dapat merusak mukosa lambung (gastritis erosive). Mukosa lambung berperan penting dalam melindungi lambung dari autodigesti oleh asam hidrogen klorida (HCl) dan pepsin. Bila mukosa lambung rusak maka terjadi difusi HCl ke mukosa. HCl akan merusak mukosa.

Kehadiran HCl di mukosa lambung menstimulasi perubahan pepsinogen menjadi pepsin. Pepsin merangsang pelepasan histamine dari

sel mast. Histamine akan menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadi perpindahan cairan dari intra sel ke ekstra sel dan menyebabkan edema dan kerusakan kapiler sehingga timbul perdarahan pada lambung. biasanya lambung dapat melakukan regenerasi mukosa oleh karna itu gangguan tersebut menghilang dengan sendirinya (Suratun,2010).

Disisi lain, bila lambung sering terpapar dengan zat iritan maka inflamasi akan terjadi terus menerus. Jaringan yang meradang akan diisi oleh jaringan fibrin sehingga lapisan mukosa lambung dapat hilang dan terjadi atropi sel mukosa lambung. Factor intrisik yang di hasilkan oleh sel mukosa lambung akan menurun atau menghilang sehingga cobalamin (Vitamin B12) tidak dapat di serap di usus halus padahal vitamin tersebut berperan penting dalam pertumbuhan dan maturasi sel darah merah. Pada akhirnya, penderita gastritis dapat mengalami anemia atau mengalami penipisan dinding lambung sehingga rentan terhadap perforasi lambung dan pendarahan (Suratun, 2010).

## **5. Manifestasi Klinis**

Manifestasi Klinis pada pasien dengan gastritis adalah sebagai berikut:

### **a. Gastritis Akut**

Gambaran klinis gastritis akut berkisar dari keadaan asimtomatik, nyeri Abdomen yang ringan hingga nyeri abdomen akut dengan hematemesis.

b. Gastritis Kronis

Biasanya asimtomatik, kendati gejala nausea, vomitus atau keluhan tidak nyaman pada abdomen atas dapat terjadi. kadang-kadang terjadi anemia pernisiiosa. hasil laboratorium meliputi hipoklorhidria lambung dan hipergastrinemia serum. Resiko terjadinya kanker untuk jangka panjang adalah 2–4 % (Robbins,2011).

**6. Klasifikasi**

Secara umum, gastritis yang merupakan salah satu jenis penyakit dalam, dapat dibagi menjadi beberapa macam :

a. Gastritis Akut

Gastritis Akut adalah suatu peradangan parah pada mukosa lambung dengan kerusakan- kerusakan erosi (Soeparman,2003).

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.

Disamping itu stress berat seperti luka bakar dan pembedahan, iskemia dan syok juga dapat menyebabkan gastritis akut. Demikian pula halnya dengan kemoterapi, uremia, infeksi sistemik, tertelan zat asam atau alkali, radiasi lambung, trauma mekanik, dan gastrektomi distal (Robbins, 2011).

b. Gastritis Kronis

Gastritis Kronis Adalah inflamasi lambung dalam jangka waktu lama dan dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung, atau oleh bakteri helicobacter pylory (Soeparman, 2003).

Keadaan ini menjadi latar belakang munculnya dysplasia dan karsinoma (Robbins,2011).

**7. Pemeriksaan Diagnostik**

Pemeriksaan diagnostik pada pasien dengan gastritis meliputi gastroskopi, untuk mengetahui kemungkinan perdarahan (Hemoragik) pada lambung, erosi atau ulser gaster, perforasi lambung. selain itu pemeriksaan mungki meliputi ketidakseimbangan elektrolit pre-syok atau syok (Priyanto,2008).

**8. Penatalaksanaan**

Menurut Baughman (2000), penatalaksanaan medis pada pasien gastritis, baik gastritis akut maupun gastritis Kronis ialah sebagai berikut:

a. Gastritis Akut

- 1) Pantang minum alkohol dan makan sampai gejala-gejala menghilang; ubah menjadi diet yang tidak mengiritasi
- 2) Jika gejala- gejala menetap, mungkin di perlukan cairan IV.
- 3) Jika terdapat pendarahan, penatalaksanaannya serupa dengan hemoragik yang terjadi pada saluran gastro intestinal bagian atas

- 4) Jika gastritis terjadi akibat menelan asam kuat atau alkali, encerkan dan netralkan asam dengan antasida umum, misalnya, aluminium hidroksida.
- 5) Jika gastritis terjadi akibat menelan basa kuat, gunakan sari buah jeruk yang encer atau cuka di encerkan.
- 6) Jika korosi parah, hindari muntah dan bilas lambung untuk menghindari bahaya perforasi.

b. Gastritis Kronis

- 1) Modifikasi diet, istirahat, reduksi stress, farmakoterapi.
- 2) *Helicobakter pylori* mungkin diatasi dengan anti biotik (Misalnya tetrasiklin atau amoksisilin) dan garam bismuth (Pepto bismol).

## **B. Konsep Nyeri Gastritis**

### **1. Definisi Nyeri**

International Association for Study of Pain (2009), mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian di mana terjadi kerusakan (Prasetyo, 2010). Nyeri yang dikeluhkan oleh penderita gastritis adalah respon yang dicetuskan oleh rangsangan mekanis dan kimiawi. (Guyton & Hall, 2009). Nyeri pada gastritis adalah suatu bentuk ketidaknyamanan di bagian ulu hati dan epigastrium (Arif

dan Sari, 2011). Reaksi ini menimbulkan gangguan ketidakseimbangan metabolisme tubuh.

## 2. Proses Fisiologi Nyeri

Andarmoyo (2013) menjelaskan proses terjadinya nyeri merupakan suatu rangkaian yang rumit. Proses atau mekanisme ini akan melewati beberapa tahapan, yaitu diawali dengan adanya stimulus, transduksi, transmisi, persepsi, dan modulasi.

Peradangan di lambung yang terjadi pada gastritis akan menyebabkan terjadinya hiperemis atau peningkatan vaskularisasi, sehingga mukosa lambung berwarna merah dan menebal yang lama-kelamaan menyebabkan *atrofi gaster* dan menipis, yang dapat berdampak pada gangguan *sel chief* dan *sel parietal*, sel parietal ini berfungsi untuk mensekresikan faktor intrinsik, akan tetapi karena adanya antibodi maka faktor intrinsik tidak mampu untuk menyerap vitamin B12 dalam makanan, dan akan terjadi *anemia perniciososa* (Smeltzer, 2003).

Selanjutnya, stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermyelin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lambun (serabut C). Tonjolan sel saraf ini disebut neuron atau serat aferen (sensorik), yaitu serat saraf yang memantau masukan sensori dan membawa informasi ini dari perifer ke SSP (Susunan Saraf Pusat), dan merupakan reseptor untuk stimuli termasuk impuls nyeri.

Respon tubuh dalam hal tekanan darah dan respon autonom terhadap nyeri tergantung pada kualitas nyeri. Nyeri visceral (nyeri dari organ dalam seperti ginjal dan lambung). Proses fisiologi nyeri terdiri atas beberapa bagian, yaitu:

a. Stimulasi

Seperti halnya berbagai stimulus yang disadari lainnya, persepsi nyeri diantarkan oleh neuron khusus yang bertindak sebagai reseptor, pendeteksi stimulus, penguat, dan penghantar menuju system saraf pusat. Reseptor khusus tersebut dinamakan nosiseptor. Terdapat tiga kategori reseptor nyeri, yaitu nosiseptor mekanis yang berespons terhadap kerusakan mekanis, misalnya tusukan atau cubitan, nosiseptor termal yang berespon terhadap suhu yang berlebih terutama panas; nosiseptor polimodal yang berespons setara terhadap semua jenis rangsangan yang merusak, termasuk iritasi zat kimia jaringan cedera.

b. Transduksi

Transduksi merupakan proses ketika suatu stimuli nyeri diubah menjadi suatu aktifitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. Stimuli ini dapat berupa stimuli fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia (substansi nyeri). Terjadi perubahan patofisiologi karena mediator kimia seperti prostaglandin dari sel rusak, bradikinin dari plasma, memengaruhi nosiseptor diluar daerah trauma sehingga lingkungan nyeri meluas.

### 3) Transmisi

Transmisi merupakan proses penerusan impuls nyeri dari nosiseptor saraf perifer melewati cornu dorsalis dan corda spinalis menuju koerteks serebri. Cornu dorsalis dari medulla spinalis dapat dianggap sebagai tempat memproses sensori. Traktus asenden berakhir pada otak bagian bawah dan bagian tengah dan impuls-implus dipancarkan ke korteks serebri. Aktivasi terjadi sebagai akibat input dari reseptor yang terletak dalam kulit dan organ internal.

### 4) Modulasi

Modulasi adalah proses pengendalian internal oleh sistem saraf, dapat meningkatkan atau mengurangi penerusan impuls nyeri. Hambatan terjadi melalui sistem analgesia endogen yang melibatkan bermacam-macam neurotransmitter. Modulasi nyeri dapat timbul di nosiseptor perifer medulla spinalis atau supraspinalis.

### 5) Persepsi

Persepsi adalah hasil rekonstruksi susunan saraf pusat dengan impuls nyeri yang diterima. Rekonstruksi merupakan hasil interaksi system saraf sensoris, informasi kognitif (korteks serebri) dan pengalaman emosional. Setelah sampai ke otak, nyeri dirasakan secara sadar dan menimbulkan respons berupa perilaku dan ucapan yang merespon adanya nyeri (Andarmoyo,2013).

### 3. Klasifikasi Nyeri

#### a. Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi menurut Andarmoyo (2013)

##### 1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat (Meinhart dan McCaffery, 2004). Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.

Nyeri akut akan berhenti dengan sendirinya (self-limiting) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba, dan terlokalisasi. Kebanyakan orang pernah mengalami nyeri jenis ini, seperti pada saat gastritis, sakit gigi, terbakar, tertusuk duri, pasca persalinan, pasca pembedahan, dan sebagainya.

Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivasi system saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis, dan dilatasi pupil. Secara verbal klien yang mengalami nyeri akut biasanya juga akan memperlihatkan

respons emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah, atau menyeringai.

## 2). Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, biasanya berlangsung lebih dari enam bulan (Potter & Perry, 2007).

Nyeri kronik dibagi menjadi dua, yaitu nyeri kronik nonmalignant dan malignan (Potter & Perry, 2007). Nyeri kronik nonmalignant merupakan nyeri yang timbul akibat cedera jaringan yang tidak progresif atau yang menyembuh (Shceman, 2011), biasa timbul tanpa penyebab yang jelas misalnya nyeri pinggang bawah, dan nyeri yang didasari atas kondisi kronis, misalnya osteoarthritis (Potter & Perry, 2007).

Sementara nyeri kronik malignan yang disebut juga nyeri kanker memiliki penyebab nyeri yang dapat diidentifikasi yaitu terjadi akibat perubahan pada saraf. Perubahan terjadi karena penekanan pada saraf akibat metastasis sel-sel kanker maupun pengaruh zat-zat kimia yang dihasilkan oleh kanker itu sendiri (Portenoy, 2009).

Manifestasi klinis yang tampak dalam pemeriksaan tanda-tanda vital, sering kali didapatkan masih dalam batas normal dan tidak disertai dilatasi pupil. Manifestasi yang umum timbul berkaitan

respon psikososial seperti rasa keputusasaan, penurunan berat badan, perilaku menarik diri, mudah marah.

**Tabel 2.1 Klasifikasi Nyeri**

<b>Karakteristik</b>	<b>Nyeri Akut</b>	<b>Nyeri Kronis</b>
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, status ekstensi
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak di ketahui atau pengobatan terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan terselubung
Waktu	Sampai 6 bulan	Lebih dari enam bulan sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak di ketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit di bedakan intensitasnya, sehingga sulit di evaluasi (perubahan perasaan)
Gejala-gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang jelas	Pola respon yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi).

Sumber. Barbara C. Long, 1998 dalam Hidayat, A. Aziz Alimul. (2009)

b. Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasi menurut Andarmoyo (2013)

1). Superficial atau kutaneus

Nyeri superficial adalah nyeri yang disebabkan stimulasi kulit.

Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan terlokalisasi.

Contoh tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

## 2) Viseral dalam

Nyeri visceral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal. Karakteristik nyeri bersifat difusi dan dapat menyebar ke beberapa arah.

**Tabel 2.2 Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi**

Karakteristik	Nyeri somatik		Nyeri visceral
	Superfisial	Dalam	
Kualitas	Tajam, menusuk, membakar	Tajam, tumpul, nyeri terus	Tajam, tumpul, nyeri terus, kejang
Menjalar	Tidak	Tidak	Ya
Stimulasi	Torehan, abrasi terlalu panas dan dingin	Torehan panas, iskemia pergeseran	Distensi, iskemia, spasmus, iritasi kimiawi
Reaksi otonom	Tidak	Ya	Ya
Refleks kontraksi otot	Tidak	Ya	Ya

Sumber. Barbara C. Long, 1998 dalam Hidayat, A. Aziz Alimul (2009)

Pada pasien gastritis biasanya tanda gejala yang sering muncul, nyeri epigastrium yaitu :

### a) Definisi

Nyeri epigastrium adalah perasaan nyeri atau sakit di daerah perut bagian atas dan tengah. Beberapa penyakit atau kondisi medis yang menyebabkan nyeri epigastrium yaitu gastritis,

gangguan pencernaan, ulkus peptikum, kanker lambung, kanker pankreas, iskemia miokard, dan lain-lain (Suratun dan Lusianah, 2010).

b) Tanda dan gejala

Biasanya nyeri dirasakan di daerah tengah perut, nyeri yang tajam dan terlokalisasi dan nyeri akan bertambah dengan pergerakan, ini adalah gejala yang paling sering di keluhkan oleh pasien.

c) Penatalaksanaan

Penanganan keperawatan yang bisa dilakukan pada pasien gastritis yang mengeluh nyeri epigastrium bisa dilakukan tirah baring dalam jangka waktu tertentu, karena salah satu dari tujuan tirah baring yaitu untuk mengurangi nyeri (Potter & perry, 2006).

3) Nyeri alih

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Jalan masuk neuron sensori dari organ yang terkena ke dalam segmen medulla spinalis sebagai neuron dari tempat asal nyeri dirasakan, persepsi nyeri pada daerah yang tidak terkena. Karakteristik nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik. Contoh nyeri yang terjadi pada infark miokard, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang,

lengan kiri; batu empedu, yang dapat mengalihkan nyeri ke selangkangan

#### 4) Radiasi

Nyeri radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Karakteristiknya nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh. Nyeri dapat menjadi intermiten atau konstan. Contoh nyeri punggung bagian bawah akibat diskus intravertebral yang ruptured disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik.

#### **4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Respon Nyeri**

Menurut McCaffery dan Pasetyo (1999) dalam Prasetyo (2010) bahwa berbagai faktor yang dapat memengaruhi persepsi dan reaksi masing-masing individu terhadap nyeri, yaitu:

##### a. Usia

Usia merupakan variabel yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri. Sebagian anak-anak terkadang segan untuk mengungkapkan keberadaan nyeri yang ia alami, mereka takut akan tindakan perawatan yang harus mereka terima nantinya.

Pada pasien lansia seorang perawat harus melakukan pengkajian lebih rinci ketika seorang lansia melaporkan adanya nyeri.

Sebagian lansia terkadang pasrah, mereka menganggap bahwa hal tersebut merupakan konsekuensi penuaan yang tidak bisa dihindari.

b. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Akan tetapi dari penelitian terakhir memperlihatkan hormon seks pada mamalia berpengaruh terhadap tingkat toleransi terhadap nyeri.

Hormon seks testosteron menaikkan ambang nyeri pada percobaan binatang, sedangkan estrogen meningkatkan pengenalan/sensitivitas terhadap nyeri. Bagaimanapun, pada manusia lebih kompleks, dipengaruhi oleh personal, sosial, budaya dan lain-lain.

c. Kebudayaan

Perawat sering kali berasumsi bahwa cara berespon pada setiap individu dalam masalah nyeri adalah sama, sehingga mereka mencoba mengira bagaimana pasien berespon terhadap nyeri. Sebagai contoh, apabila seorang perawat yakin bahwa menangis dan merintih mengindikasikan suatu ketidakmampuan dalam mengontrol nyeri, akibatnya pemberian terapi bisa jadi tidak cocok untuk klien berkebangsaan meksiko-Amerika yang menangis keras tidak selalu mempersepsikan pengalaman nyeri sebagai sesuatu yang berat atau mengharapkan perawat melakukan intervensi.

d. Makna Nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Seorang wanita yang merasakan nyeri saat bersalin akan mempersepsikan nyeri secara berbeda dengan wanita lainnya yang nyeri karena dipukul oleh suaminya.

e. Lokasi dan tingkat keparahan nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Nyeri yang dirasakan mungkin terasa ringan, sedang atau biasa jadi merupakan nyeri yang berat. Dalam kaitannya dengan kualitas nyeri, masing-masing individu juga bervariasi, ada yang melaporkan nyeri seperti tertusuk, nyeri tumpul, berdenyut, terbakar dan lain-lain, sebagai contoh individu yang tertusuk jarum akan melaporkan nyeri yang berbeda dengan individu yang terkena luka bakar.

f. Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat terhadap nyeri akan meningkatkan respon nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri. Konsep inilah yang mendasari berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing dan masase.

g. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas. Sebagai contoh seseorang yang menderita kanker kronis dan merasa takut akan kondisi penyakitnya akan semakin meningkatkan persepsi nyerinya.

h. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri, akan tetapi pengalaman yang telah dirasakan individu tersebut tidak berarti bahwa individu tersebut akan mudah dalam menghadapi nyeri pada masa yang mendatang. Seseorang yang terbiasa merasakan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri dari pada individu yang mempunyai pengalaman sedikit tentang nyeri.

i. Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain, atau teman terdekat. Walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

## **5. Instrumen Untuk Penilaian Nyeri**

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan

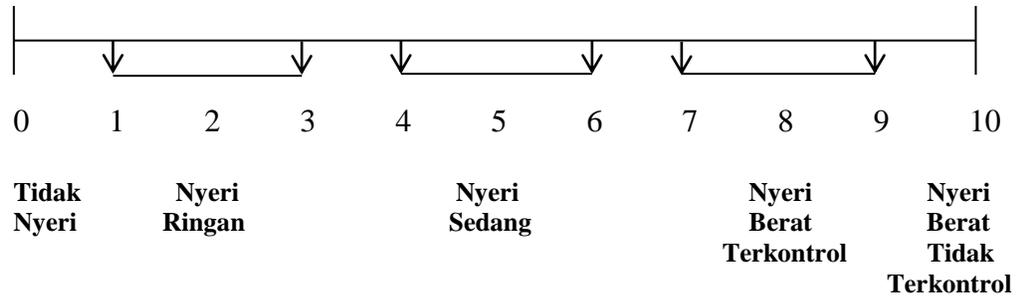
objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri,2007). Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut:

a. Skala Deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukur tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis.

Pendeskripsi ini diranking dari tidak terasa nyeri sampai nyeri yang tidak tertahankan (Potter & Perry, 2009). Adapun skala deskriptif yang bersumber dari Andarmoyo, 2013 dalam Potter & Perry, 2009 dapat dilihat pada gambar 2.2. berikut:

**Gambar 2.2. Skala Deskriptif**



Keterangan :

0: Tidak Nyeri

1-3 (Nyeri Ringan): Secara obyektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan memilih gejala yang tidak dapat terdeteksi.

4-6 (Nyeri Sedang): Secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikanya, dapat mengikuti perintah dengan baik. Memiliki karakteristik adanya peningkatan frekwensi pernafasan, tekanan darah, kekuatan otot dan dilatasi pupil.

7-9 (Nyeri Berat Terkontrol): Secara obyektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih merespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikanya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

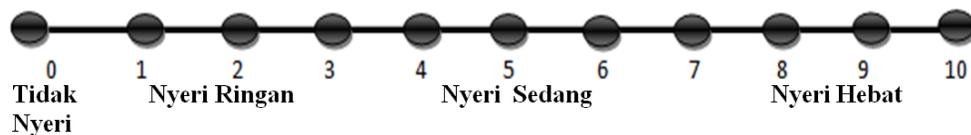
Memiliki karakteristik muka pasien pucat, kekakuan otot, kelemahan dan keletihan.

10 (Nyeri berat tidak terkontrol): Pasien memukul dan sudah tidak mampu lagi berkomunikasi. (Potter & Perry, 2005).

b. Skala Numerik

Skala numerik (*Numeric rating scale*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (AHCPR,1992 dalam Potter & Perry, 2006). Adapun skala Numerik yang bersumber dari Rosdahl. B & Kowaiski. T, 2008 dapat dilihat pada gambar 2.2 berikut:

**Gambar 2.3. Skala Numerik**



Keterangan :

0 : Tidak Nyeri ( Nyaman)

1-3 (Nyeri Ringan): Secara obyektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan memilih gejala yang tidak dapat terdeteksi.

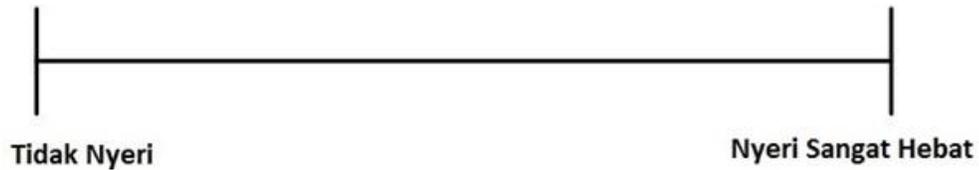
4-6 (Nyeri Sedang): Secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikanya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-10 (Nyeri Hebat): Secara obyektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih merespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri (Potter & Perry, 2008).

c. Skala Analog Visual

Skala analog visual (Visual analog scale, VAS) adalah suatu garis lurus atau horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau “nyeri yang paling buruk”. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari “tidak ada nyeri” diukur dan ditulis dalam centimeter (Smeltzer, 2004). Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitive karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (McGuire, 1884 dalam Potter & Perry, 2006). Adapun Skala Analog Visual yang bersumber dari Anas. T, 2010 dapat dilihat pada gambar 2.3 berikut:

**Gambar 2.4. Skala Analog Visual**



d. Skala Wajah

Skala wajah (Face Pain Scale, FPS) merupakan pengukuran nyeri dengan menggunakan 6 macam gambar ekspresi wajah. Nilai berkisar antara 0 sampai dengan 6. Nilai 0 mengindikasikan tidak nyeri, 6 mengindikasikan sangat nyeri (nyeri yang buruk). FPS biasa digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri pada anak-anak.(Wong, 2010). Adapun Skala Analog Visual yang bersumber dari McGuire, 2008 dalam Wong, 2010 dapat dilihat pada gambar 2.4 berikut:

**Gambar 2.5. Skala Wajah**



## 6. Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Andarmoyo (2013), ada dua metode untuk terapi nyeri, antara lain:

### a. Strategi penatalaksanaan nyeri farmakologis

Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Walaupun analgesik dapat menghilangkan nyeri dengan efektif, perawat dan dokter cenderung tidak melakukan analgesik dalam penanganan nyeri karena adanya kekhawatiran klien akan mengalami ketagihan obat.

### b. Strategi Penatalaksanaan Nyeri Nonfarmakologis

Manajemen nyeri nonfarmakologi merupakan tindakan menurunkan respons nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Manajemen nyeri nonfarmakologi sangat beragam, yaitu:

#### 1) Bimbingan antisipasi

Bimbingan antisipasi adalah memberikan pemahaman pada klien tentang nyeri yang dialami. Pemahaman yang diberikan oleh perawat ini bertujuan untuk memberi informasi kepada klien, dan mencegah salah interpretasi tentang peristiwa nyeri.

#### 2) Terapi es dan panas/kompres panas dan dingin.

Pilihan alternatif lain dalam meredakan nyeri adalah terapi es (dingin) dan panas. Namun begitu, perlu adanya studi lebih lanjut untuk melihat keefektifannya dan bagaimana mekanisme kerjanya. Terapi es dan panas diduga bekerja dengan menstimulasi reseptor

tidak nyeri (*non-nosiseptor*) dalam bidang reseptor yang sama pada cedera. Pemakaian kompres panas biasanya dilakukan hanya setempat saja pada bagian tubuh tertentu. Dengan pemberian panas, pembuluh - pembuluh darah akan melebar sehingga memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut.

### 3) Stimulasi saraf elektrik transkutan/TENS

Merupakan suatu alat yang menggunakan aliran listrik, baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa elektroda pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar, atau mendengung pada area nyeri. TENS adalah prosedur non-invasif dan merupakan metode yang aman untuk mengurangi nyeri, baik akut maupun kronis.

### 4) Distraksi

Merupakan suatu tindakan pengalihan perhatian klien ke hal-hal lain di luar nyeri, yang dengan demikian diharapkan dapat menurunkan kewaspadaan klien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

### 5) Teknik Relaksasi

Merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

6) Akupuntur

Teknik akupuntur ini adalah suatu teknik tusuk jarum yang mempergunakan jarum-jarum kecil panjang (ukuran bervariasi dari 1,7 cm hingga 10 cm) untuk menusuk bagian-bagian tertentu di badan (area yang paling digunakan adalah kaki, tungkai bawah, tangan, dan lengan bawah (Basford & Slevin, 2006), guna menghasilkan ketidak pekaan terhadap rasa sakit atau nyeri.

7) Umpan balik biologi

Prinsip kerja metode ini adalah mengukur respons fisiologis, seperti gelombang pada otak, kontraksi otot atau temperatur kulit kemudian “mengembalikan” memberikan informasi tersebut kepada klien. Kebanyakan alat umpan balik biologis/ biofeedback terdiri dari beberapa elektroda yang ditempatkan pada kulit dan sebuah amplifier yang mentransformasikan data berupa tanda visual seperti lampu yang berwarna. Klien kemudian mengenali tanda tersebut sebagai respons stress dan menggantikannya dengan respons relaksasi (Prasetyo, 2010).

8) Massage

Melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligamentum, tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau memperbaiki sirkulasi (Mander, 2004).

## 7. Teknik Relaksasi Otot Progresif

Terapi Relaksasi Otot Progresif merupakan suatu metode relaksasi yang diberikan kepada klien dengan menegangkan otot-otot tertentu dan kemudian relaksasi (Kustanti dan Widodo, 2010). Teknik relaksasi otot progresif memusatkan perhatian terhadap suatu aktivitas otot dengan memberi tegangan pada suatu kelompok otot, kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk merasakan sensasi relaks (Herodes, 2012).

Landasan awal Jacobson mengembangkan teknik relaksasi progresif adalah ketika ia menyadari bahwa meskipun pada kondisi istirahat, otot tubuhnya masih terasa tegang. Ketegangan pada otot tubuh tersebut dinamakan “ketegangan yang tersisa”. Ketegangan otot yang tersisa kadang tidak disadari sehingga ia melakukan penelitian lebih lanjut yang menunjukkan bahwa seseorang dapat melakukan relaksasi tubuh yang lebih besar dengan berlatih relaksasi progresif. Ketika diukur dengan peralatan *electromyographic* yang peka, kebanyakan kelompok otot yang dilatih menggunakan relaksasi progresif dapat mencapai keadaan yang dinamakan “*zero firing threshold*” yaitu relaksasi otot yang total (Charlesworth & Nathan, 2006).

Teknik relaksasi progresif membuat semua sistem tubuh tegang untuk kembali menjadi seimbang dengan cara memperdalam pernafasan, menurunkan tekanan darah dan merelaksasikan otot tubuh (Segal, 2010). Latihan relaksasi dapat digunakan pada pasien nyeri untuk mengurangi

rasa nyeri melalui kontraksi otot, mengurangi pengaruh dari efek stress, dan mengurangi efek samping dari kemoterapi pada pasien kanker (Sheridan & Radmacher, 2009).

Dengan mempraktekan teknik relaksasi progresif dalam kehidupan sehari-hari maka akan mencegah kekambuhan nyeri *Gastritis* dan dapat mencegah keparahan nyeri serta penyakit *Gastritis* yang dialami (Haryanto, 2007). Dampak intervensi ini tidak terbatas pada penyembuhan tekanan darah tinggi dan penyakit jantung tapi juga dapat menghilangkan nyeri.

Dengan mempraktekan teknik relaksasi progresif dengan cara menciptakan keadaan relaksasi pada otot-otot saluran pencernaan sehingga mencegah kontraksi otot abdomen dan lambung; menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah ke saluran pencernaan sehingga sirkulasi darah menjadi lancar, mencegah terjadinya iskemia dan mencegah produksi zat kimia yang akan merangsang nyeri; serta mencegah peningkatan produksi asam lambung yang dipicu oleh stress psikologis.

#### **8. Prosedur Teknik Relaksasi Otot Progresif**

Relaksasi otot progresif mencoba mengajarkan orang untuk mengenal kapan kontraksi otot-otot rangka berlebihan terjadi dan bagaimana merelaksasikan otot-otot ini untuk mengurangi ketegangan. Prosedur Teknik relaksasi progresif menurut Alim (2010) terdiri dari 15 gerakan berturut-turut dengan frekuensi 2x/hr pada waktu pagi dan sore hari, yaitu:

a. Gerakan pertama

Ditujukan untuk melatih otot tangan yang dilakukan dengan cara menggenggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan. Lepaskan kepalan perlahan-lahan, sambil merasakan rileks selama kurang lebih 8 detik. Lakukan gerakan 2 kali sehingga klien dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan rileks yang dialami. Prosedur serupa dilatihkan pada tangan kanan.



**Gambar 2.6.** Mengepalkan jari-jari tangan

b. Gerakan Kedua

Gerakan untuk melatih otot tangan bagian belakang, gerakan ini dilakukan dengan cara menekuk kedua tangan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot-otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang. Dilakukan 8 detik, kemudian relaksasikan secara perlahan dan rasakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan rileks yang dialami. Lakukan gerakan ini 2 kali.



**Gambar 2.7.** Menekuk pergelangan tangan ke atas

**c.** Gerakan ketiga

Untuk melatih otot-otot bicep. Gerakan awal menggenggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan kemudian membawa kedua telapak tangan ke pundak sehingga otot-otot bicep menjadi tegang. Lalu relaksasikan secara perlahan-lahan dan rasakan perbedaan antara ketengan otot dan keadaan rileks. Lakukan gerakan ini 2x.



**Gambar 2.8.** Menekuk siku

**d.** Gerakan keempat

Ditujukan untuk melatih otot-otot bahu. Dengan cara mengangkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan menyentuh kedua telinga. Rasakan ketegangan otot-otot bahu, punggung atas dan leher, lalu

relaksasikan secara perlahan dan rasakan perbedaan ketegangan otot dan keadaan rileks, Lakukan gerakan ini 2x.



**Gambar 2.9.** Mengangkat kedua bahu

e. Gerakan kelima dan keenam

Ditujukan untuk melemaskan otot-otot wajah (seperti otot dahi dan mata). Gerakkan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa dan kulitnya keriput. Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata. Rasakan ketegangan selama 8 detik, kemudian relaksasikan secara perlahan, rasakan ketegangan otot dan keadaan rileks. Lakukan sebanyak 2x.



**Gambar 3.1.** Mengerutkan Dahi dan alis

**Gambar 3.2.** Memejamkan mata

f. Gerakan ketujuh

Bertujuan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang. Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan disekitar otot rahang. Kemudian relaksasikan perlahan dan rasakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan rileks. Lakukan 2x.



**Gerakan 7 untuk rahang**

**Gambar 3.2.** Mengatupkan rahang

g. Gerakan kedelapan

Ditujukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut. Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di

sekitar mulut. Kemudian relaksasikan perlahan dan rasakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan rileks. Lakukan 2x.



**Gambar 3.3.** Memonyongkan bibir

h. Gerakan kesembilan

Bertujuan untuk merilekskan otot leher bagian depan maupun belakang. Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang lalu otot leher bagian depan. Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat. Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas. Kemudian relaksasikan secara perlahan dan rasakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan rileks yang dialami. Lakukan gerakan ini 2 kali.



**Gambar 3.4.** Menekankan kepala

i. Gerakan kesepuluh

Ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan. Gerakan membawa kepala ke muka. Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka. Kemudian relaksasikan secara perlahan dan rasakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan rileks yang dialami. Lakukan gerakan ini 2 kali.



**Gambar 3.5.** Menekuk dagu

j. Gerakan kesebelas

Bertujuan untuk melatih otot punggung. Angkat tubuh dari sandaran kursi. Punggung dilengkungkan, busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks. Saat relaks, letakkan tubuh kembali

ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lemas. Lakukan gerakan ini 2x.



**Gambar 3.6.** Melatih punggung

k. Gerakan kedua belas

Ditujukan untuk melemaskan otot dada. Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya. Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas. Saat ketegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega. Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks.



**Gambar 3.7.** Menarik nafas

l. Gerakan ketiga belas

Bertujuan untuk melatih otot perut. Tarik dengan kuat perut ke dalam, tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas. Ulangi kembali seperti gerakan awal perut ini.



**Gambar 3.8.** Menarik perut

m. Gerakan keempat belas sampai kelima belas

Bertujuan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha dan betis). Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang. Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis. Tahan posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepas. Ulangi setiap gerakan masing-masing dua kali.



**Gambar 3.9.** Meluruskan kaki

## C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Gastritis

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan (Nursalam,2002). Adapun pengkajiannya meliputi :

#### a. Biodata

Meliputi identitas pasien, identitas penanggung jawab dan identitas masuk

#### b. Riwayat sakit dan kesehatan

- Keluhan utama : Nyeri di ulu hati dan perut sebelah kanan bawah.
- Riwayat penyakit saat ini: Meliputi perjalanan penyakitnya, awal dari gejala yang dirasakan klien, keluhan timbul dirasakan secara mendadak atau bertahap, faktor pencetus, upaya untuk mengatasi masalah tersebut.
- Riwayat penyakit dahulu : Meliputi penyakit yang berhubungan dengan penyakit sekarang, riwayat dirumah sakit, dan riwayat pemakaian obat.

c. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : tampak kesakitan pada pemeriksaan fisik terdapat nyeri tekan di kwadran epigastrik.

1. B1(breath) : takhipnea
2. B2 (blood) : takikardi, hipotensi, disritmia, nadi perifer lemah, pengisian perifer lambat, warna kulit pucat.
3. B3 (brain) : sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran dapat terganggu, disorientasi, nyeri epigastrium.
4. B4 (bladder) : oliguria, gangguan keseimbangan cairan.
5. B5 (bowel) : anemia, anorexia, mual, muntah, nyeri ulu hati, tidak toleran terhadap makanan pedas.
6. B6 (bone) : kelelahan, kelemahan

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Wilson,2000). Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada anggota keluarga dengan *Gastritis* (Nanda Diagnosa 2018-2020): *Nyeri Akut*

### 3. Perencanaan/intervensi

adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengurangi masalah sesuai diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan pasien (Maryam, 2008). Perencanaan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan

**NOC: - Kontrol Nyeri**

- **Tingkat Nyeri**

**NIC: Manajemen Nyeri Relaksasi Otot Progresif**

1. Pilih setting lingkungan yang tenang dan nyaman
2. Dudukkan pasien di kursi untuk menciptakan kenyamanan
3. Instruksikan pada pasien untuk melakukan latihan relaksasi otot progresif
4. Biarkan pasien tegang selama 5 sampai 10 detik dengan melibatkan setiap kelompok otot tangan, bisep, bahu, wajah, mata, rahang, mulut, leher, punggung, dada, perut, paha, dan betis
5. Regangkan otot kaki tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram
6. Instruksikan pasien untuk berfokus pada sensasi yang terjadi dalam otot ketika pasien menjadi tegang
7. Instruksikan pasien untuk berfokus pada sensasi otot saat rileks

8. Berikan waktu bagi pasien untuk mengekspresikan perasaan terkait dengan intervensi

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan secara nyata berupa serangkaian sistematis berdasarkan perencanaan untuk mencapai hasil yang optimal. Pada tahap ini perawat menggunakan segala kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap pasien nyeri dengan *Gastritis* pada pelaksanaan ini perawat melakukan fungsinya secara independen, interdependen, dan dependen. Pada fungsinya independen adalah mencakup dari semua kegiatan yang diprakarsai oleh perawat itu sendiri sesuai dengan kemampuan dan keterampilan yang dimilikinya. (Jitowiyono & Kristianasari, 2010).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Dermawan (2012) evaluasi adalah membandingkan suatu hasil dengan standar untuk tujuan pengembalian keputusan yang tepat sejauh mana tujuan tercapai. Tujuan evaluasi, yaitu:

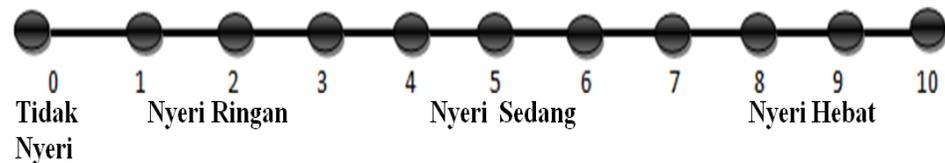
a. Untuk menilai kemampuan pasien dalam mengontrol nyeri menggunakan teknik relaksasi otot progresif

Skala Outcome	Keterangan
1	Tidak pernah menunjukkan (Tidak mampu melakukan 15 gerakan dengan benar)
2	Jarang menunjukkan (Hanya mampu melakukan 1-4 gerakan dengan benar)
3	Kadang-kadang menunjukkan (Mampu melakukan 5-9 gerakan dengan benar)

4	Sering mneunjukan (Mampu melakukan 10-14 gerakan dengan benar)
5	Secara konsisten menunjukan (Mampu melakukan 15 gerakan dengan sempurna)

**Tabel 2.3.** Pengukuran kemampuan kontrol nyeri

- b. Untuk menilai tingkat nyeri pasien dengan penilaian respon intensitas nyeri menggunakan skala numerik, dapat dilihat sebagai berikut:



#### **D. Konsep Keluarga**

##### 1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah persekutuan dua orang atau lebih individu yang terkait oleh darah, perkawinan atau adopsi yang membentuk satu rumah tangga, saling berhubungan dalam lingkup peraturan keluarga serta saling menciptakan dan memelihara budaya (Tinkhan & Voorhies, 2007). Definisi yang lain Keluarga adalah kumpulan dua orang manusia atau lebih, yang satu sama lain saling terikat secara emosional, serta bertempat tinggal yang sama dalam satu daerah yang berdekatan (Friedman, 2005). Dapat disimpulkan bahwa Keluarga adalah kumpulan dua individu atau lebih yang terikat oleh darah dan perkawinan yang tinggal dalam satu rumah atau jika terpisah tetap memperhatikan satu sama lain.

##### 2. Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga.

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya, (Harmoko, 2012: 70). Hal-hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah:

- 1) Data umum terdiri dari: identitas kepala keluarga, tipe keluarga, suku bangsa, agama, status sosial ekonomi keluarga, aktivitas rekreasi
- 2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga terdiri dari: tahap perkembangan keluarga saat ini, tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, riwayat kesehatan keluarga inti, riwayat kesehatan keluarga sebelumnya.

b. Pengkajian lingkungan

Terdiri dari: Karakteristik rumah, karakteristik tetangga, mobilitas geografis, perkumpulan keluarga, sistem pendukung keluarga

c. Struktur keluarga

Terdiri dari: Pola komunikasi keluarga, struktur kekuatan keluarga, struktur peran, nilai atau norma keluarga

d. Fungsi keluarga

Terdiri dari: Fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi perawatan kesehatan, fungsi reproduksi dan fungsi ekonomi

e. Stres dan koping keluarga

Terdiri dari: Stresor jangka pendek dan panjang, Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor, strategi koping yang digunakan, strategi adaptasi disfungsional

f. Pemeriksaan fisik

g. Harapan keluarga

h. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Merupakan perpanjangan diagnosis ke sistem keluarga dan merupakan hasil pengkajian keperawatan. Diagnosis keperawatan keluarga termasuk masalah kesehatan aktual dan potensial dengan perawat keluarga yang memiliki kemampuan untuk menanganinya berdasarkan pendidikan dan pengalaman (Friedman, 2010).  
Tipologi dari diagnosa keperawatan, antara lain: Diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan), Diagnosa keperawatan keluarga resiko (ancaman), Diagnosa keperawatan keluarga sejahtera (potensial)

i. Perencanaan tindakan keperawatan

Adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat untuk dilaksanakan guna memecahkan masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi.

j. Implementasi keperawatan keluarga

Pelaksanaan atau implementasi adalah serangkaian tindakan perawat pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya (Parida, 2012).

k. Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbaharui rencana asuhan keperawatan sebelum perencanaan dikembangkan dan dimodifikasi. (Sulistyo, 2012).

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian Studi Kasus**

Penelitian adalah suatu rencana dan strategi yang dipilih oleh peneliti dalam upaya menjawab masalah penelitian. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif artinya suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subyek Studi dalam penelitian ini adalah anggota keluarga yang mengalami masalah nyeri pada kasus gastritis dengan kriteria sebagai berikut :

##### **1. Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili subyek penelitian yang memenuhi syarat sebagai subyek (Notoatmodjo, 2012).

- a. Anggota keluarga yang terdiagnosa mengalami gastritis
- b. Anggota keluarga yang mengalami masalah nyeri
- c. Anggota keluarga yang bersedia menjadi subyek penelitian hingga terselesaikannya penelitian tersebut yang berada di Desa Mekar Wilayah Kerja Puskesmas Soropia

## 2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2012).

- a. Anggota keluarga yang mengalami gastritis tetapi tidak memiliki masalah nyeri
- b. Anggota keluarga yang tidak bersedia menjadi subyek penelitian

## C. Fokus Studi

1. Kebutuhan rasa nyaman (bebas nyeri) pada anggota keluarga dengan gastritis
2. Penerapan teknik relaksasi otot progresif pada pasien nyeri akut
3. Tingkat nyeri dengan kontrol nyeri
4. Kemampuan keluarga mengajarkan teknik relaksasi otot progresif pada anggota keluarga gastritis

## D. Definisi Operasional

1. Pasien gastritis yang dimaksud adalah pasien yang di diagnosa gastritis akut oleh dokter tanpa penyakit lain yang menyertai / komplikasi
2. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial dengan waktu  $\leq 3$  bulan.
3. Penerapan manajemen nyeri adalah : Penerapan teknik relaksasi otot progresif (seperti pada lampiran 3)

4. Kontrol nyeri adalah kemampuan pasien menggunakan tindakan / teknik untuk mengurangi nyeri melalui teknik relaksasi otot progresif sesuai langkah SOP yang terdiri dari 15 gerakan dengan kriteria objektif berikut:
  - a. Mampu melakukan jika skornya : 11-15 gerakan
  - b. Cukup mampu melakukan jika skornya : 6-10 gerakan
  - c. Kurang mampu melakukan jika skornya :  $\leq 5$  gerakan
5. Tingkat nyeri adalah keparahan dari nyeri yang terjadi pada keluarga yang menderita gastritis, dengan kriteria objektif sebagai berikut :
  - a. Tidak nyeri : jika skala NRS 0
  - b. Nyeri ringan : jika skala NRS 1-3
  - c. Nyeri sedang : jika skala NRS 4-6
  - d. Nyeri berat : jika skala NRS 7-10
6. Teknik relaksasi otot progresif merupakan salah satu teknik sistematis untuk mencapai keadaan relaksasi, untuk menurunkan nyeri, teknik relaksasi progresif dilakukan pada 15 kelompok otot dengan frekuensi 2x/hari pagi dan sore hari selama 5 hari
7. Keluarga : Salah satu dari anggota keluarga yang menderita gastritis akut
8. Kemampuan keluarga mengajarkan teknik relaksasi otot progresif adalah pengukuran dalam mengajarkan teknik relaksasi otot progresif kepada anggota keluarga dengan nyeri gastritis sesuai dengan langkah-langkah SOP yang terdiri dari 15 gerakan dengan Kriteria Objektif sebagai berikut:
  - a. Mampu mengajarkan jika skornya : 11-15 gerakan

b. Cukup mampu mengajarkan jika skornya : 6-10 gerakan

c. Kurang mampu mengajarkan jika skornya :  $\leq 5$  gerakan

#### **E. Tempat dan Waktu**

1. Tempat Penelitian ini dilaksanakan di Desa Mekar Wilayah Kerja Puskesmas Soropia
2. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan April 2019

#### **F. Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

##### 1. Observasi

Observasi atau pengamatan untuk mengetahui / melihat terjadinya perubahan nyeri setelah penerapan teknik relaksasi otot progresif. Hal yang perlu diobservasi pada pasien yaitu menilai kemampuan pasien untuk mengontrol nyeri dengan penerapan teknik relaksasi otot progresif.

##### 2. Wawancara

Wawancara adalah pengumpulan data dengan mengajukan beberapa pertanyaan secara langsung oleh pewawancara kepada responden dan jawaban-jawaban responden dicatat atau direkam dengan alat perekam. Pertanyaan yang perlu diajukan kepada responden yang mengalami nyeri meliputi, tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi progresif

## **G. Penyajian Data**

Dari data yang sudah terkumpul dan telah diolah akan disajikan dan dibahas dalam bentuk narasi atau tekstural disertai dengan cuplikan ungkapan verbal dari subyek studi sebagai data pendukungnya.

## **H. Etika Studi Kasus**

Penelitian yang menggunakan manusia sebagai subyek tidak boleh bertentangan dengan etik. Dalam melaksanakan penelitian ini penulis menekankan pada prinsip etika yang meliputi :

### *1. Beneficience*

Pada dasarnya adalah di atas segalanya tidak boleh membahayakan.

Prinsip ini mengandung 4 dimensi:

#### a. Bebas dari bahaya

Peneliti harus berusaha melindungi subjek yang diteliti, terhindar dari bahaya atau ketidaknyamanan fisik atau mental.

#### b. Bebas dari eksploitasi

Keterlibatan peserta dalam penelitian tidak seharusnya merugikan mereka atau memaparkan mereka pada situasi yang mereka tidak disiapkan.

#### c. Manfaat dari penelitian

Meningkatnya pengetahuan atau penghalusan pengetahuan yang akan berdampak pada subjek individu, namun lebih penting lagi apabila pengetahuan tersebut dapat mempengaruhi suatu disiplin dan anggota masyarakat.

#### d. Rasio antara resiko dan manfaat

Peneliti dan penilai (*reviewer*) harus menelaah keseimbangan antara manfaat dan resiko dalam penelitian.

#### E. Menghargai Martabat Manusia

Menghormati martabat subjek meliputi :

a. Hak untuk (*self determination*) menetapkan sendiri

Prinsip *self determination* ini mengandung arti bahwa subjek mempunyai hak untuk memutuskan secara sukarela apakah dia ingin berpartisipasi dalam suatu penelitian, tanpa beresiko untuk dihukum, dipaksa, atau diperlakukan tidak adil.

b. Hak untuk mendapatkan penjelasan lengkap (*full disclosure*)

Penjelasan lengkap berarti bahwa peneliti telah secara penuh menjelaskan tentang sifat penelitian, hak subjek untuk menolak berperan serta, tanggung jawab peneliti, serta kemungkinan resiko dan manfaat yang bisa terjadi.

Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia, adalah: peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subyek (*informed consent*) yang terdiri dari:

- 1) penjelasan manfaat penelitian
- 2) penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan
- 3) penjelasan manfaat yang akan didapatkan
- 4) persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian

- 5) persetujuan subyek dapat mengundurkan diri kapan saja dan
- 6) jaminan anonimitas dan kerahasiaan. Namun kadangkala, formulir persetujuan subyek tidak cukup memberikan proteksi bagi subyek itu sendiri terutama untuk penelitian-penelitian klinik karena terdapat perbedaan pengetahuan dan otoritas antara peneliti dengan subyek

#### **F. Mendapatkan Keadilan**

Prinsip ini mengandung hak subjek untuk mendapatkan perlakuan yang adil dan hak mereka untuk mendapatkan keleluasaan pribadi. Hak mendapatkan perlakuan yang adil berarti subjek mempunyai hak yang sama, sebelum, selama, dan setelah partisipasi mereka dalam penelitian.

Perlakuan yang adil mencakup aspek-aspek sebagai berikut:

- a. Seleksi subjek yang adil dan tidak diskriminatif.
- b. Perlakuan yang tidak menghukum bagi mereka yang menolak atau
- c. Subjek dapat mengakses penelitian setiap saat diperlukan untuk mengklarifikasi informasi.
- d. Subjek dapat mengakses bantuan professional yang sesuai apabila terjadi gangguan fisik atau psikologis.

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

Pada bab ini menjelaskan tentang kasus keperawatan keluarga pada Tn. A dengan penerapan teknik relaksasi otot progresif pada penyakit gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman (nyeri) di Desa Mekar wilayah kerja Puskesmas Soropia. Penerapan teknik relaksasi otot progresif dilakukan selama 5 hari sebanyak 2x/hari yaitu pada tanggal 22 April 2019 sampai dengan 26 April 2019 pada pukul 09.00 WITA dan pada pukul 15.00 WITA.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 April 2019 pada pukul 09.00 dari pengkajian tersebut didapatkan data identitas kepala keluarga dan isteri. Pasien berinisial Tn. A berusia 34 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir SMP dengan pekerjaan sebagai Nelayan dan beralamat di Desa Mekar. Isteri pasien berinisial Ny. N berusia 32 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir SD dengan pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga dan beralamat di Desa Mekar.

Keluhan utama dan riwayat kesehatan, saat dikaji pada tanggal 22 April 2019, pasien Tn. A mengeluh sudah merasakan nyeri ulu hati disertai dengan mual sejak dua hari yang lalu, Pasien mempunyai riwayat penyakit gastritis 2 bulan yang lalu, pasien juga mempunyai riwayat nyeri pinggang, pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan maupun penyakit menular. Pasien mengatakan sudah ketergantungan mengonsumsi obat untuk

mengurangi nyeri ulu hatinya tetapi pasien tidak memiliki alergi terhadap obat-obatan.

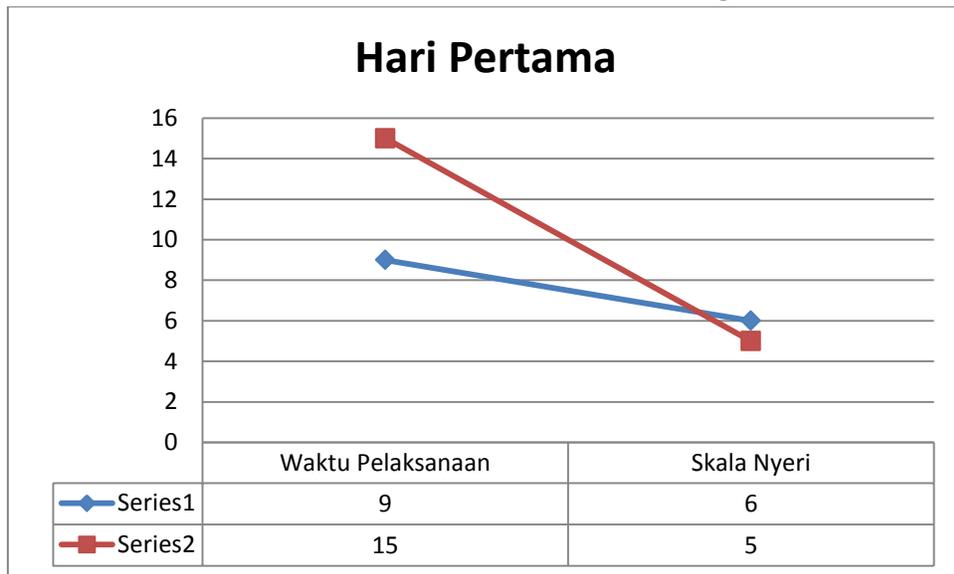
Pengkajian nyeri (PQRST) didapatkan hasil : Paliatif (P) adalah hal yang menjadi penyebab nyeri pada epigastrium yang dirasakan oleh pasien, saat dikaji Pasien mengatakan sudah mengetahui penyebab dari nyeri tersebut. Kualitatif (Q) atau kualitas nyeri adalah tingkat atau derajat untuk mengukur nyeri, saat dikaji pasien mengeluh nyeri pada epigastrium tembus belakang yang dirasakan hilang timbul. Regio (R) adalah lokasi nyeri yang dirasakan. Pasien mengatakan merasakan nyeri pada daerah ulu hati atau epigastrium. Sever (S) atau skala nyeri adalah intensitas nyeri yang dapat diukur dengan menggunakan angka. Pasien mengatakan skala nyeri 6 ( kategori sedang ). Time (T) atau waktu timbulnya nyeri. Pasien mengatakan nyeri timbul ketika pasien terlambat makan dan nyeri kadang-kadang juga timbul pada malam hari menjelang tidur.

Berdasarkan data dari pengkajian yang dilakukan, maka peneliti menegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut, berdasarkan NIC (*Nursing Intervention Classification*) teknik relaksasi untuk diagnosa keperawatan tersebut maka dilakukan penerapan relaksasi otot progresif. Terapi ini bertujuan untuk mengontrol nyeri dan menurunkan tingkat nyeri, terapi ini dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut dengan melakukan terapi relaksasi otot progresif penerapan ini dilakukan selama 5 hari yaitu 2 kali sehari dan ditetapkan pada pukul 09.00 dan 15.00 WITA.

Selanjutnya, efektifitas penerapan Teknik relaksasi otot progresif dalam menurunkan tingkat nyeri, kemampuan kontrol nyeri, dan kemampuan keluarga dalam mengajarkan Teknik relaksasi otot progresif pada anggota keluarga dengan nyeri gastritis adalah sebagai berikut :

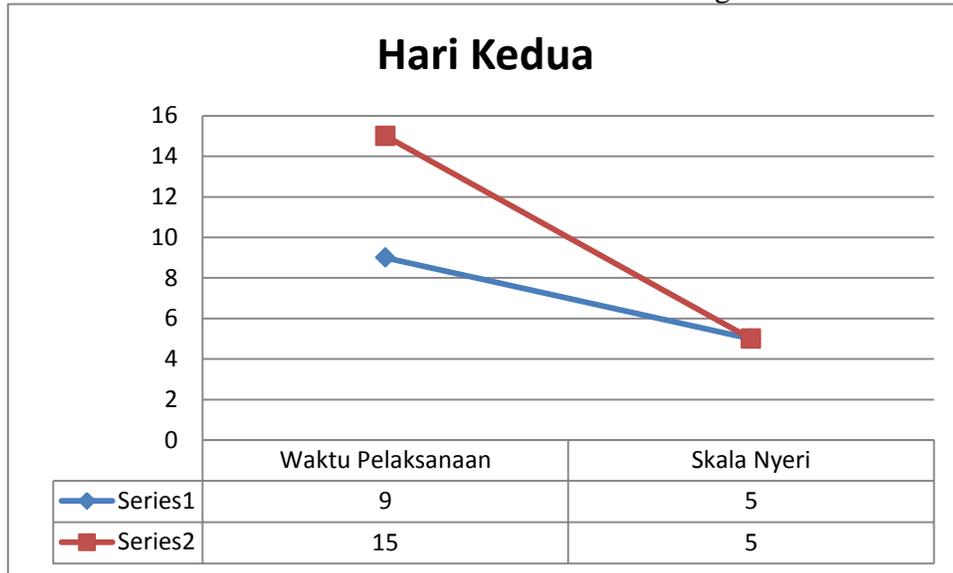
a. Perubahan Tingkat Nyeri

**Gambar 4.1.** Pre dan Post Teknik Relaksasi Otot Progresif Hari Pertama



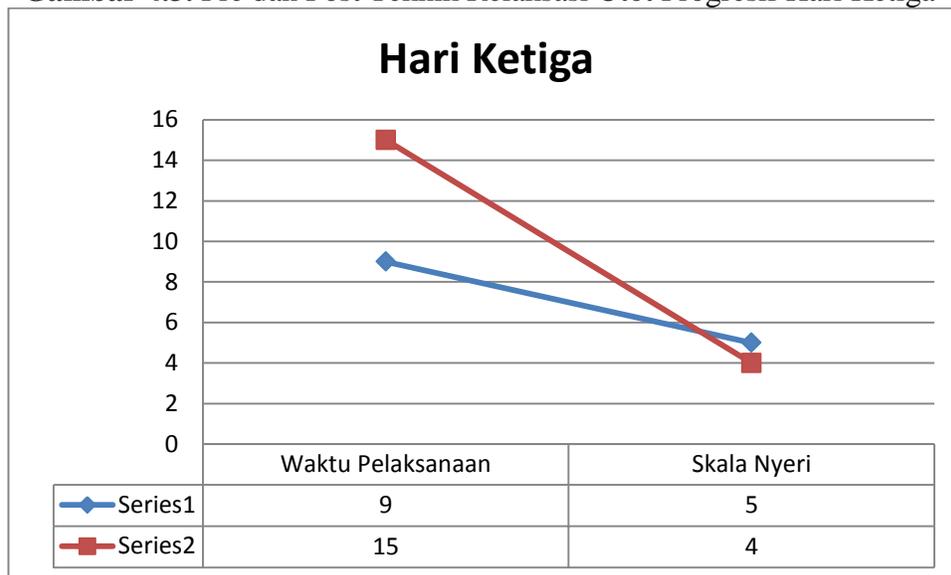
Pada hari pertama pengkajian nyeri skala nyeri adalah 6 atau berada pada kategori sedang. Setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif selama dua kali skala nyeri berkurang menjadi skala 5 (kategori sedang).

**Gambar 4.2.** Pre dan Post Teknik Relaksasi Otot Progresif Hari Kedua



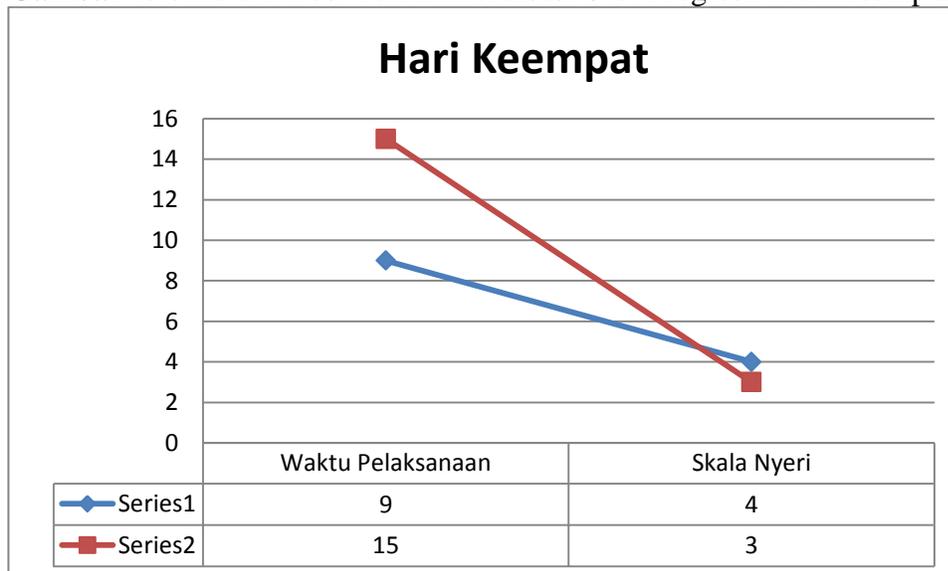
Pada hari ke-2 sebelum dilakukan teknik relaksasi otot progresif skala nyeri adalah 5 pada pengukuran nyeri sebelum penerapan namun skala nyeri tidak berkurang pada hari ke-2 sesudah penerapan relaksasi otot progresif yang dilakukan selama dua kali pada pagi dan sore hari skala nyeri klien tetap berada di angka 5.

**Gambar 4.3.** Pre dan Post Teknik Relaksasi Otot Progresif Hari Ketiga



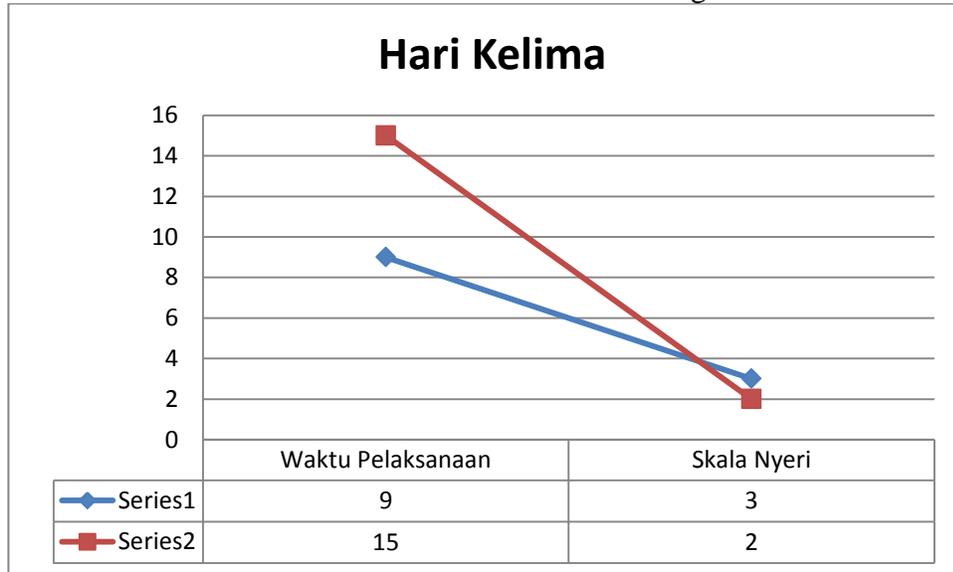
Pada hari ke-3 menunjukkan perubahan tingkat nyeri setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif dari skala nyeri 5 menjadi skala nyeri 4.

**Gambar 4.4.** Pre dan Post Teknik Relaksasi Otot Progresif Hari Keempat



Pada hari ke-4 setelah dilakukan penerapan teknik relaksasi otot progresif tingkat nyeri berkurang dari skala nyeri 4 menjadi skala 3.

**Gambar 4.4.** Pre dan Post Teknik Relaksasi Otot Progresif Hari Kelima



Pada hari ke-5 nyeri yang dirasakan klien berada pada skala nyeri 3, setelah dilakukan penerapan menjadi skala nyeri 2.

Dapat disimpulkan bahwa penerapan teknik relaksasi otot progresif efektif dalam menurunkan tingkat nyeri pada pasien dengan nyeri gastritis terbukti pada pengukuran skala nyeri pasien hari pertama sebelum penerapan teknik relaksasi otot progresif adalah 6 atau kategori nyeri sedang kemudian pada hari kelima setelah dilakukan penerapan tersebut tingkat nyeri mengalami perubahan menjadi kategori nyeri ringan yakni skala 2.

b. Kemampuan kontrol nyeri

Kontrol nyeri pasien diukur setelah diberikannya penerapan teknik relaksasi otot progresif yang dilakukan pada 15 kelompok otot dengan frekuensi 2x/hari pada pagi dan sore hari selama 5 hari.

Berdasarkan pengukuran, kemampuan kontrol nyeri pasien masuk dalam kriteria objektif cukup mampu karena pasien hanya mampu melakukan 10 gerakan dari 15 gerakan yang ditentukan yaitu (mengepalkan jari-jari tangan, menekuk pergelangan tangan keatas, menekuk siku, mengangkat kedua bahu, menekankan kepala pada sandaran kursi, menekuk dagu kearah dada, melatih otot punggung, menarik nafas dalam-dalam sampai dada terasa penuh, menarik perut kearah dalam, dan meluruskan telapak kaki kedepan).

Terlihat 5 gerakan yang kurang mampu dilakukan oleh pasien yaitu (mengerutkan dahi dan alis, memejamkan mata keras-keras, mengatupkan rahang, memonyongkan bibir, mengunci otot betis). Sehingga total skor yang diperoleh yaitu 10 hal ini menunjukkan nilai kontrol nyeri pasien berada pada kategori cukup mampu.

c. Kemampuan keluarga mengajarkan teknik relaksasi otot progresif

Pengukuran ini dilakukan setelah 5 hari penerapan dan diperoleh hasilnya yakni salah satu anggota keluarga yang diajarkan mampu mengajarkan dengan skor 13 gerakan yang dapat dilakukan dengan tepat sesuai SOP yakni gerakan pertama sampai keempat kemudian gerakan ketujuh sampai gerakan terakhir juga mampu dilakukan oleh anggota keluarga dengan

benar. Hanya dua gerakan yang kurang mampu dilakukan secara benar oleh keluarga pasien, yakni gerakan mengerutkan dahi dan alis serta gerakan untuk otot mata.

## **B. Pembahasan**

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 22 April 2019 pada pukul 09.00 dari pengkajian tersebut didapatkan Tn. A berusia 34 tahun menderita gastritis dengan keluhan merasakan nyeri ulu hati disertai dengan mual-mual, perut terasa kembung dan anoreksia, nyeri kadang-kadang timbul pada malam hari, nyeri juga timbul ketika pasien terlambat makan, bersifat hilang timbul. Selain itu, bila nyeri mulai timbul pasien hanya berusaha menghilangkan nyeri dengan makan nasi.

Hasil pengkajian diatas sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sari. K, Muttaqin. A (2013) mengatakan dampak yang muncul pada penderita gastritis yaitu keluhan nyeri abdomen yang tidak jelas seperti contohnya mual-mual, serta anoreksia menjadikan mengakibatkan pemenuhan kebutuhan nutrisi harian berkurang.

### **1. Perubahan Tingkat Nyeri Sebelum dan Sesudah Penerapan Teknik Relaksasi Otot Progresif**

Penerapan teknik relaksasi otot progresif yang diterapkan selama 5 hari berturut-turut oleh peneliti dengan frekuensi 2 kali sehari yang dilakukan pada pagi hari jam 09.00 dengan durasi 15-30 menit yang diikuti oleh pasien dan keluarga, menunjukkan hasil pengukuran Tingkat nyeri sebelum penerapan teknik relaksasi otot progresif adalah 6 atau

berada pada kategori sedang, dimana pasien mengeluh nyeri ulu hati tembus belakang yang dirasakan hilang timbul. Setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif skala nyeri berkurang menjadi skala 2 (kategori ringan), dimana pasien mengatakan nyerinya sudah tidak tembus belakang dan waktu timbulnya nyeri menjadi lebih jarang.

Sehingga hasil penelitian ini membuktikan bahwa penerapan teknik relaksasi otot progresif efektif mengurangi nyeri walaupun skalanya menurun secara perlahan.

Hasil penelitian diatas sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Ganong (2012) mengatakan bahwa gerakan-gerakan dalam teknik relaksasi otot progresif yang telah diberikan secara perlahan membantu merileksasikan sinap-sinap saraf baik yang simpatis maupun yang parasimpatis, sehingga mampu menurunkan tingkat nyeri. Teknik relaksasi progresif membuat semua sistem tubuh tegang untuk kembali menjadi seimbang dengan cara memperdalam pernafasan, menurunkan tekanan darah dan merelaksasikan otot tubuh (Segal, 2010).

Latihan relaksasi dapat digunakan pada pasien nyeri untuk mengurangi rasa nyeri melalui kontraksi otot, mengurangi pengaruh dari efek stress, dan mengurangi efek samping dari kemoterapi pada pasien kanker (Sheridan & Radmacher, 2009).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilaksanakan oleh Harnawati (2010) bahwa relaksasi otot progresif efektif dalam meredakan nyeri kronis. Hampir semua orang dengan

nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode relaksasi otot. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot serta menurunkan nyeri.

## 2. Kemampuan Kontrol Nyeri Sesudah Penerapan Teknik Relaksasi Otot Progresif

Hasil pengukuran kemampuan kontrol nyeri pasien setelah penerapan teknik relaksasi otot progresif adalah pasien dapat melakukan 10 gerakan dari 15 gerakan yang ditentukan, hal ini menunjukkan nilai kontrol nyeri pasien berada pada kategori cukup mampu.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Charlesworth & Nathan (2006) yang mengatakan bahwa Teknik relaksasi otot progresif yang dilaksanakan secara teratur setiap hari dengan urutan yang sistematis yaitu sebanyak dua kali sehari pada pagi dan sore hari selama lima hari dinilai efektif untuk meredakan nyeri dan memberikan efek relaksasi otot yang total. Penelitian lebih lanjut yang menunjukkan bahwa seseorang dapat melakukan relaksasi tubuh yang lebih besar dengan berlatih relaksasi progresif. Ketika diukur dengan peralatan *electromyographic* yang peka, kebanyakan kelompok otot yang dilatih menggunakan relaksasi progresif dapat mencapai keadaan yang dinamakan “*zero firing threshold*” yaitu relaksasi otot yang total (Jacobson, 2008).

### 3. Kemampuan keluarga mengajarkan teknik relaksasi otot Progresif

Hasil pengukuran kemampuan salah satu anggota keluarga dalam mengajarkan teknik relaksasi otot progresif adalah dapat mengajarkan dengan skor 13 gerakan dari 15 gerakan yang dapat dilakukan dengan tepat sesuai SOP, sehingga menunjukkan nilai kemampuan keluarga berada pada kategori mampu.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Haryanto (2007) yang mengatakan bahwa dengan mengajarkan teknik relaksasi otot progresif pada keluarga dengan gastritis dalam kehidupan sehari-hari maka akan mencegah kekambuhan nyeri *Gastritis* dan dapat mencegah keparahan nyeri serta penyakit *Gastritis* yang dialami. Dampak intervensi ini tidak terbatas pada penyembuhan penyakit-penyakit tertentu tetapi juga dapat menghilangkan nyeri.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan selama 5 hari mengenai penerapan teknik Relaksasi Otot Progresif Terhadap Kontrol Nyeri dan Tingkat Nyeri Pada Keluarga dengan Gastritis di Desa Mekar Wilayah Kerja Puskesmas Soropia dapat disimpulkan :

1. Tingkat nyeri pasien dengan penggunaan teknik relaksasi otot progresif pada keluarga dengan gastritis terjadi penurunan tingkat nyeri dari skala 6 (nyeri sedang) menjadi skala 2 (nyeri ringan).
2. Kemampuan kontrol nyeri pasien meningkat setelah penerapan teknik relaksasi otot progresif dari kategori kurang mampu menjadi cukup mampu melakukan kontrol nyeri dengan skor 10 gerakan dari 15 gerakan
3. Kemampuan keluarga untuk mengajarkan teknik relaksasi otot progresif pada anggota keluarga dengan nyeri gastritis meningkat setelah penerapan teknik relaksasi otot progresif dari kategori kurang mampu menjadi mampu mengajarkan dengan skor 13 gerakan dari 15 gerakan.

#### **B. Saran**

Setelah penulis Penerapan Teknik Relaksasi Otot Progresif Terhadap Kontrol Nyeri dan Tingkat Nyeri Pada Keluarga dengan Gastritis, penulis akan

memberikan usulan dan masukan yang positif khususnya dibidang kesehatan antara lain :

1. Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang alternatif cara untuk mengontrol dan menurunkan tingkat nyeri pada keluarga gastritis dengan penggunaan teknik relaksasi otot progresif.

2. Puskesmas Soropia

Dapat memberikan sumbangan pemikiran agar diaplikasikan ke dalam praktek pelayanan kesehatan pada keluarga dengan gastritis di Puskesmas

3. Peneliti Selanjutnya

Mengembangkan penelitian sehingga dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu dalam penelitian selanjutnya

## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul. (2011). *Kebutuhan Dasar Manusia (Jilid I)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Andarmoyo,S. (2013). *Konsep Dan Proses Keperawatan Nyeri*. Jogjakarta: ArRuzz.
- Arif.M.dan Sari.K.(2011).*Gangguan Gastrointestinal:Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*.Jakarta:Salemba Medika.
- Depkes RI. 2012. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Diakses 09 januari 2019. Dari [Http://Www.Depkes.Go.Id/Index. Php?Lg=Ln01](http://Www.Depkes.Go.Id/Index.Php?Lg=Ln01).
- Depkes. (2013). *Jumlah Penderita gastritis di sultra* . Diakses 09 januari 2019. Dari [https://Media.Neliti.Com/Media/Publications/184565-Id-AnalisisFaktor-Kejadian-Penyakit-Gastri.Pdf\(Data Penyakit Gastritis Di Sultra\)](https://Media.Neliti.Com/Media/Publications/184565-Id-AnalisisFaktor-Kejadian-Penyakit-Gastri.Pdf(Data%20Penyakit%20Gastritis%20Di%20Sultra))
- Hidayat,A.Aziz Smeltzer Suzzane C dan Brenda G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Suddarth*:Jakarta. EGC.
- Muhlisin.A.(2012).*Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta:Gosyen Publishing.
- Murwani.A.(2008).*Keterampilan Dasar Praktek Klinik Keperawatan*. Yogyakarta:Fitramaya.
- NANDA NIC NOC. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Nanda Nic Noc(Jilid II)*. Mediacion.
- POLTEKKES. (2018). *Pedoman Penyusunan Karya Tulis Ilmiah*. Poltekkes Kemenkes Kendari.
- Rasmun.(2004).*Stres Koping Dan Adaptasi*.Jakarta:CV.Sagung Seto.
- Suratun & Lusiana. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: Trans Info Media.
- Waluyo.A.(2002).*Psikologi Kesehatan: Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain*.Jakarta:EGC.
- Wijaya.S.Andra.(2013).*Keperawatan Medikal Bedah:Keperawatan Dewasa Teori Dan Contoh Askep*. Yogyakarta:Nuha Medika
- WHO. ( 2013). *Jumlah gastritis*. Diperoleh tanggal 09 januari 2019. Dari [Http://Scholar.Unand.Ac.Id/12966/2/Bab%201.pdf](http://Scholar.Unand.Ac.Id/12966/2/Bab%201.pdf).

Harnawati(2008).Nyeri. Diperoleh pada tanggal 18 juni 2019.Dari  
*<http://www.painspecialist.com.sg/ink/index-htm>*.

Djausi,S.(2003).*Perawatan paliatif dan bebas nyeri pada penyakit kronis*. Jakarta :  
YPI Press.