

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

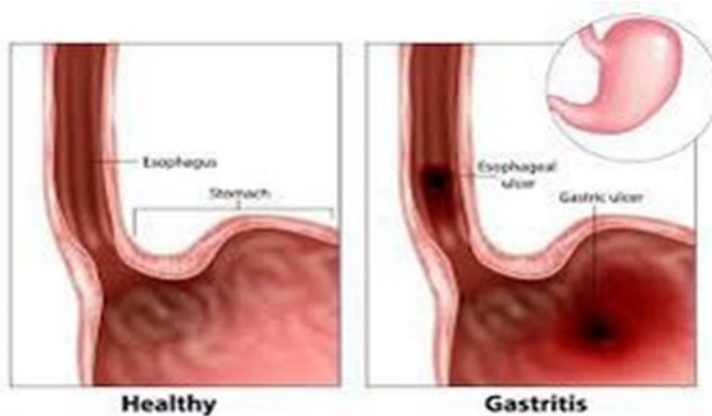
A. Konsep Dasar Dyspepsia

1. Definisi Dyspepsia

Dyspepsia berasal dari bahasa Yunani, yang terdiri dari kata "dys" yang berarti buruk dan "pepse" yang berkaitan dengan pencernaan. Pada awalnya, dispepsia dianggap sebagai bagian dari kondisi psikologis seperti gangguan kecemasan, dan histeria. Secara medis, dispepsia didefinisikan sebagai rasa nyeri atau ketidaknyamanan yang bersifat kronis atau berulang, terutama di area perut bagian atas. Sensasi tidak nyaman ini bersifat subjektif dan bukan sekadar nyeri, tetapi juga mencakup gejala seperti rasa cepat kenyang atau perasaan penuh pada perut bagian atas.

Dispepsia sendiri merupakan kumpulan gejala yang berasal dari saluran pencernaan bagian atas, meliputi nyeri atau ketidaknyamanan di area gastroduodenum (epigastrium atau ulu hati), perasaan penuh, sensasi terbakar, mual, muntah, serta rasa kenyang yang lebih cepat dari biasanya. Beberapa faktor resiko yang dapat memicu dispepsia meliputi pola makan yang tidak sehat, seperti konsumsi makanan cepat saji, makanan yang dibakar, pedas, berlemak, serta minuman berkafein seperti kopi dan teh. Selain itu, gaya hidup seperti konsumsi alkohol, merokok, kurangnya aktivitas fisik, serta penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) atau aspirin juga diyakini berkontribusi terhadap dispepsia. Rokok dapat mengurangi efek perlindungan pada lapisan mukosa lambung, sementara obat antiinflamasi dan alkohol dapat meningkatkan produksi asam lambung, yang berpotensi memperburuk kondisi ini (Habibie, 2021).

2. Klasifikasi Dyspepsia



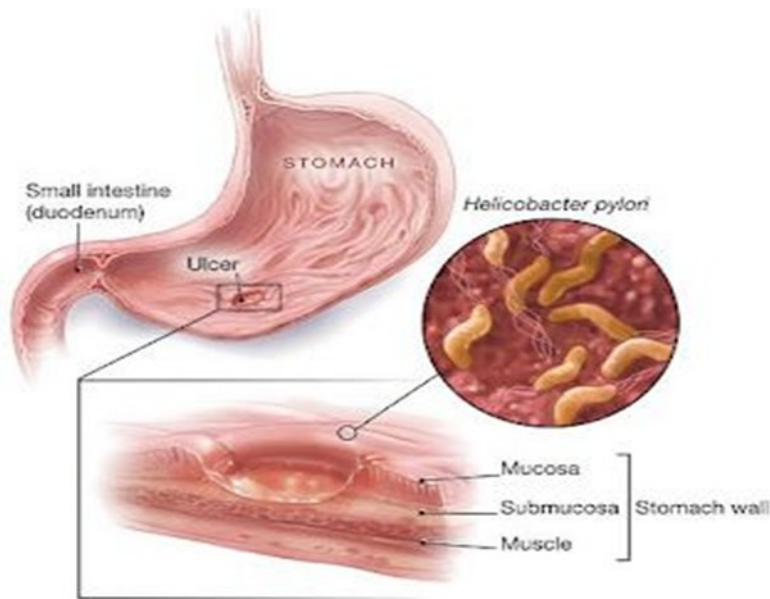
2.1 gambar dyspepsia organik dan fungsional

sumber: (Sidik, 2024)

Dispepsia dapat dibedakan berdasarkan etiologi, yaitu dispepsia organik (struktural) dan fungsional (non-struktural).

- a. **Dispepsia organik** terjadi akibat gangguan pada struktur saluran pencernaan bagian atas. Beberapa kondisi yang dapat menyebabkan dispepsia organik antara lain GERD (gastroesophageal reflux disease), ulkus peptikum (peptic ulcer disease), kanker lambung, gangguan motilitas lambung (gastroparesis), serta infeksi lambung yang disebabkan oleh bakteri *Helicobacter pylori*. Selain itu, malabsorpsi karbohidrat, efek samping penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), serta gangguan pada organ pencernaan lainnya seperti pankreatitis, kolesistitis, kolelitiasis, dan tumor intra-abdomen juga dapat menjadi pemicu.
- b. **Dispepsia fungsional**, di sisi lain, tidak memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi secara jelas atau bersifat idiopatik. Pada pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang seperti endoskopi, USG abdomen, dan rontgen abdomen, tidak ditemukan kelainan yang nyata. Dispepsia fungsional umumnya berhubungan dengan faktor psikosomatik, seperti kecemasan, stres, dan depresi, yang dapat mempengaruhi fungsi pencernaan (Sidik, 2024).

3. Etiologi Dyspepsia



2.2 Gambar Etiologinya Dyspepsia

Sumber: (Hasrima et al., 2024)

Saat ini *H. Pylori* merupakan agen yang memiliki peran penting dalam kejadian dispepsia, baik organik maupun fungsional. Hubungan antara infeksi *H. Pylori* dengan penyakit gastroduodenal yang bermanifestasi dispepsia baik didukung oleh hasil studi metaanalisis, selain *H. Pylori*, faktor utama lain yang dapat menyebabkan peradangan adalah gangguan motilitas gastroduodenal, asam lambung/obat anti-inflamasi non-steroid (OAINS), hipersensitivitas visceral dan faktor psikologis.

Selain itu, terdapat berbagai faktor lain yang dapat berkontribusi terhadap dispepsia, termasuk faktor genetik, gaya hidup, lingkungan, pola makan, aspek psikososial, serta riwayat infeksi saluran pencernaan sebelumnya. Dispepsia fungsional diduga terjadi akibat peningkatan sensitivitas mukosa lambung terhadap asam, yang menyebabkan ketidaknyamanan di perut. Pola makan yang tidak teratur dapat menghambat adaptasi lambung dalam mengatur sekresi sel yang lebih pekat.

Gangguan mobilitas gastroduodenal juga berperan dalam dispepsia, yang ditandai dengan perlambatan pengosongan lambung, hipomotilitas antrum, serta gangguan akomodasi lambung saat makan. Secara normal, ketika makanan masuk ke dalam lambung, fundus dan corpus gaster akan mengalami relaksasi tanpa meningkatkan tekanan di dalam lambung. Proses akomodasi ini dikendalikan oleh sistem saraf enterik.

Namun, pada pasien dengan dispepsia, terjadi penurunan kemampuan relaksasi fundus, yang mengganggu fungsi pencernaan.

Studi epidemiologi menunjukkan adanya kemungkinan hubungan antara dispepsia fungsional dan gangguan psikologis. Stres akut dapat mempengaruhi fungsi saluran cerna dan memicu keluhan gastrointestinal pada individu yang sebelumnya sehat. Hal ini berkaitan dengan penurunan kontraktilitas lambung yang dapat mendahului munculnya keluhan seperti mual. Meskipun demikian, hubungan antara faktor psikologis, stres, dan gangguan motilitas lambung masih menjadi perdebatan dan belum sepenuhnya dipahami (Hasrima et al., 2024).

4. Patofisiologi Dyspepsia

a. Relaksasi Lambung Yang Tidak Memadai

Pasien dengan dispepsia fungsional mengalami kelemahan pada lambung bagian proksimal setelah melebarnya lambung sesudah makan, hal ini ditunjukkan dengan relaksasi fundus yang tidak memadai, hasilnya adalah distribusi isi lambung yang tidak proporsional dengan volume yang lebih besar di antrum (lambung bagian bawah), dari pada fundus (bagian atas).

Perluasan antrum berkaitan dengan peningkatan gejala dispepsia, seperti kekenyangan dini, nyeri epigastrium, kembung, serta mual dan muntah. Selain itu, pasien dengan dispepsia fungsional juga menunjukkan pola relaksasi fundus yang tidak teratur setelah terjadi perluasan duodenum, baik dalam keadaan perut kosong maupun setelah makan. Pada kondisi ini, pasien mengalami hipersensitivitas visceral ketika fundus lambung melebar.

Hipersensitivitas ini memiliki korelasi dengan tingkat rasa lapar. Bahkan pada pasien dengan kondisi fundus yang normal, respons hipersensitivitas terhadap perluasan lambung tetap dapat terjadi. Selain itu, beberapa pasien dengan dispepsia fungsional juga menunjukkan reaksi hipersensitif terhadap perluasan pada bagian lain dari saluran cerna, seperti duodenum, jejunum, atau rektum. Temuan ini mengindikasikan bahwa sensitivitas visceral yang terjadi bersifat menyeluruh, bukan hanya terbatas pada saraf eferen atau aferen enterik, tetapi juga melibatkan saraf sensorik yang menghubungkan usus dengan sistem saraf pusat (poros usus-otak).

b. Infeksi *H. Pylori*

Bakteri *H. pylori* dapat menginfeksi lambung terutama ketika lambung dalam keadaan kosong dalam waktu yang lama. Infeksi ini menyebabkan penebalan otot dinding lambung, yang kemudian meningkatkan massa otot dan mempercepat

kontraksi lambung, sehingga pengosongan lambung menjadi lebih cepat. Akibatnya, lambung menjadi kosong lebih lama dari biasanya, menciptakan kondisi yang mendukung pertumbuhan *H. pylori*. Dalam keadaan ini, bakteri *H. pylori* dapat berperan sebagai pemicu utama terbentuknya ulkus peptikum.

c. Perubahan Motilitas Lambung

Studi menggunakan teknologi scintigraphic nuclear menunjukkan bahwa lebih dari 50% pasien dengan dispepsia fungsional mengalami keterlambatan dalam proses pengosongan lambung. Selain itu, penelitian monometrik mengungkapkan adanya gangguan motilitas antrum setelah makan, di mana fundus lambung menjadi lebih kaku, yang berkontribusi terhadap sindrom dispepsia.

Dalam kondisi normal, fundus lambung seharusnya dapat berelaksasi dengan baik saat mencerna makanan atau ketika terjadi distensi pada duodenum. Namun, pada beberapa pasien dispepsia fungsional, pengosongan makanan dari corpus antrum ke fundus lambung dan duodenum diatur oleh refleks vagal yang tidak berfungsi dengan optimal. Akibatnya, pengisian antrum berlangsung lebih cepat, dan jika kondisi ini terjadi dalam jangka waktu lama, dapat menjadi faktor risiko utama dalam perkembangan ulkus peptikum.

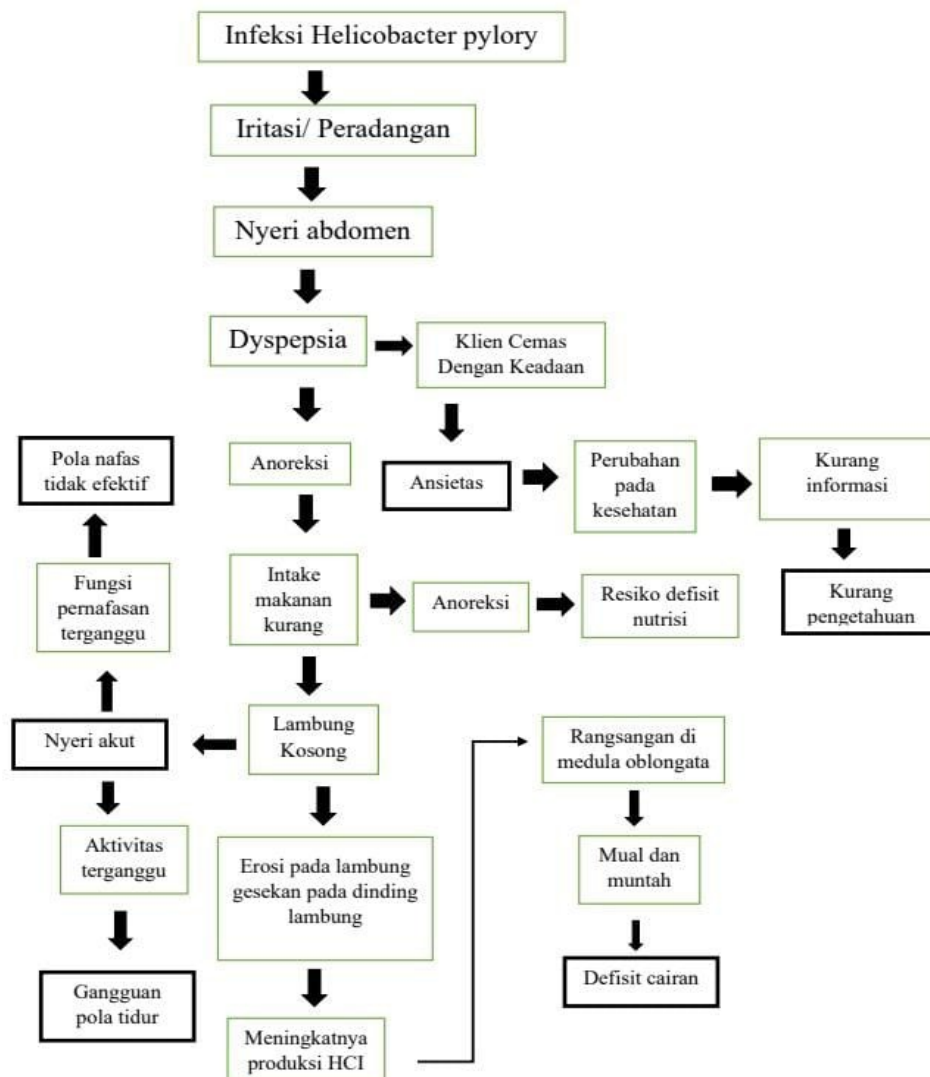
d. Gangguan Sensori Visceral

Lebih 50% pasien dispepsia fungsional menunjukkan sensitivitas terhadap distensi lambung sebagai akibat makanan yang merangsang, seperti pedas dan asam, distensi udara, gangguan kontraksi lambung atau distensi dini bagian antrum postprandial dapat menginduksi nyeri di epigastrium.

e. Faktor Psikososial

Faktor psikis (cemas dan stress) menimbulkan peningkatan hormon kortisol, berdampak pada gangguan keseimbangan sistem pencernaan berupa gejala manifestasi klinis dispepsia. Selain itu gaya hidup seperti kebiasaan merokok, kurang berolahraga, gangguan tidur, juga memberi efek terhadap dispepsia fungsional (Hasrima et al., 2024).

5. Pathway



2.3 Sumber: (Diana, 2023)

6. Manifestasi Klinis

Dispepsia adalah gangguan pada saluran cerna bagian atas yang ditandai dengan berbagai gejala, seperti nyeri di perut bagian atas, sensasi terbakar, mual, muntah, perasaan penuh, serta perut kembung. Gejala lain yang sering muncul meliputi nyeri di ulu hati, penurunan nafsu makan, rasa kenyang yang cepat, sensasi panas di dada dan perut, serta refluks atau keluarnya cairan lambung secara tiba-tiba (Batmomolin et al., 2024).

7. Komplikasi

Dispepsia jarang menyebabkan komplikasi serius, kecuali pada kasus dispepsia organik. Namun, dalam beberapa kondisi, dispepsia dapat memicu komplikasi seperti striktur esofagus, stenosis pilorus, dan peritonitis (Hasrima et al., 2024).

8. Pemeriksaan Penunjang

Modalitas pemeriksaan penunjang dispepsia bergantung pada ketersediaan fasilitas medis. Pemeriksaan yang dapat dilakukan meliputi tes laboratorium, elektrokardiogram (EKG), ultrasonografi (USG) abdomen, foto rontgen abdomen, serta endoskopi. Untuk mendeteksi infeksi *Helicobacter pylori*, dapat digunakan beberapa metode, seperti urea breath test (uji napas urea), uji serologi, atau tes antigen tinja (Sidik, 2024)

9. Penatalaksanaan

Adapun berikut Penatalaksanaan Menurut (Hasrima et al., 2024).

a. Tindakan Keperawatan dan Melakukan Promosi Kesehatan

- 1) Mengatur pola hidup sehat dan menghindari faktor- faktor risiko
Pola hidup sehat dapat dilakukan dengan olahraga secara teratur, menjaga berat badan agar tidak obesitas, menghindari berbaring lama setelah makan, jangan banyak makan terutama malam hari, menghindari makanan yang banyak lemak dan pedas, merokok, serta menghindari minuman asam, bersoda, mengandung alkohol dan kafein.
- 2) Menghindari penggunaan obat dalam waktu lama, seperti: aspirin dan ibuprofen
- 3) Mengatur pola makan, yaitu makanan lunak dan makanan sedikit tapi sering
- 4) Mengurangi stress yang tak terkendali menyebabkan produksi asam lambung meningkat, sehingga dapat memicu iritasi lambung berakibat dyspepsia
- 5) Terapi hangat/dingin
Terapi kompres hangat, warm water zack (WWZ) dilakukan menggunakan bantal karet yang diisi air hangat, kemudian diletakkan pada bagian perut yang nyeri.
- 6) Terapi komplementer
Terapi komplementer berguna untuk mengurangi nyeri yang terjadi di lambung, terapi ini bisa dilakukan dengan aroma terapi, mendengar musik dan teknik relaksasi napas dalam.

b. Tindakan Medik (Terapi Farmakologis)

1) Antasida 20-150 ml/hari

Golongan obat ini mudah didapat dan murah. Antasida akan menetralkan sekresi asam lambung, antasida mengandung Na bikarbonat, $\text{Al}(\text{OH})_3$ 3mg $\text{Al}(\text{OH})_3$ 2 dan mg trisilikat. Pemberian antasida tidak dianjurkan terus menerus karena bersifat simptomatik, berkhasiat sebagai absorben sehingga bersifat non toksik. Namun dalam dosis besar akan menyebabkan diare, karena akan terbentuk senyawa NH_4Cl .

2) Obat anti depresan

3) Antikolinergik

Perlu diperhatikan kerja obat ini tidak spesifik. Obat yang agak selektif yaitu Pirenzepin, bekerja sebagai anti reseptor muskarinik yang dapat mensekresi asam lambung (HCL), sekitar 28-43%, Pirenzepin juga memiliki efek sitoprotektif.

c. Terapi Farmakologik Dispepsia Organik

Antagonis reseptor H₂ dan golongan obat ini banyak digunakan untuk mengobati dispepsia organik (esensial) seperti pada ulcus pepticum (tukak peptik) obat yang termasuk golongan antagonis reseptor H₂ antara lain: Simetidin,, Roksatidin, Ranitidin dan Famotidin.

B. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan mekanisme pertahanan tubuh yang muncul ketika terjadi kerusakan jaringan, sehingga individu secara refleks berusaha menghindari atau mengurangi stimulus nyeri. Nyeri dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk trauma, cedera mekanik, suhu ekstrem (panas atau dingin), kejutan listrik, neoplasma (baik jinak maupun ganas), peradangan (inflamasi), gangguan sirkulasi darah, kelainan pembuluh darah, serta trauma psikologis.

Untuk mengukur tingkat nyeri, pasien diminta menilai rasa sakit yang dialami menggunakan skala numerik, biasanya dalam rentang 0–10 atau 0–5. Semakin tinggi angka yang dipilih, semakin berat nyeri yang dirasakan. Berikut adalah kategori skala nyeri:

0: Tidak ada nyeri

1–3: Nyeri ringan

4–6: Nyeri sedang

7–10: Nyeri berat (Elliya et al., 2022).

2. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor - faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain sebagai berikut:

a. Usia

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan faktor penting yang mempengaruhi reaksi serta ekspresi terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan antara anak-anak dan orang dewasa berperan dalam cara mereka merespons rasa sakit.

Pada anak-anak, pemahaman terhadap nyeri masih terbatas, dan mereka sering kali menganggap bahwa tindakan medis, termasuk yang dilakukan oleh perawat, dapat menyebabkan rasa sakit. Selain itu, keterbatasan kosakata membuat anak-anak kesulitan mendeskripsikan atau mengekspresikan nyeri secara verbal kepada orang tua maupun tenaga medis. Oleh karena itu, perawat perlu melakukan pengkajian yang lebih mendalam terhadap respons nyeri pada anak untuk memastikan penanganan yang tepat.

Sementara itu, orang dewasa cenderung baru melaporkan nyeri ketika kondisinya sudah patologis atau menyebabkan gangguan fungsi tubuh. Hal ini dapat menghambat proses penanganan nyeri karena keterlambatan dalam mendeteksi dan mengatasi penyebabnya.

b. Jenis Kelamin

Secara umum, tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara laki-laki dan perempuan dalam hal respons terhadap nyeri. Namun, masih diperdebatkan apakah jenis kelamin merupakan faktor yang berdiri sendiri dalam mengekspresikan nyeri. Faktor sosial dan budaya berperan dalam membentuk karakter serta pola ekspresi nyeri pada masing-masing gender. Misalnya, dalam beberapa budaya, anak laki-laki diajarkan untuk bersikap lebih tangguh dan tidak menunjukkan kelemahan, sementara perempuan cenderung lebih bebas dalam mengekspresikan emosinya, termasuk menangis saat merasakan nyeri. Perbedaan ini juga terlihat dalam respons terhadap nyeri, di mana laki-laki cenderung lebih mampu menahan efek komplikasi dari nyeri, sedangkan perempuan lebih ekspresif dalam mengeluhkan nyeri dan sering kali mengekspresikannya dengan menangis.

c. Budaya

Keyakinan dan nilai budaya memiliki peran penting dalam menentukan cara individu menghadapi serta mengatasi nyeri. Setiap individu belajar mengenai bagaimana nyeri diekspresikan dan diterima berdasarkan kebudayaan yang dianutnya. Beberapa budaya menganggap ekspresi nyeri sebagai sesuatu yang wajar dan harus diperlihatkan, sementara budaya lain justru melatih individu untuk bersikap lebih tertutup atau menahan ekspresi nyeri. Oleh karena itu, penting bagi tenaga medis untuk memahami perbedaan nilai budaya agar tidak salah dalam menilai respons nyeri pasien hanya berdasarkan ekspektasi budaya tertentu. Perawat yang memiliki pemahaman akan perbedaan budaya dapat lebih akurat dalam mengkaji nyeri serta memahami respons perilaku pasien terhadap nyeri. Dengan demikian, penanganan nyeri dapat dilakukan secara lebih efektif sesuai dengan kebutuhan individu.

d. Lingkungan dan Individu

Lingkungan memiliki dampak signifikan terhadap persepsi nyeri seseorang. Faktor-faktor seperti lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan yang berlebihan atau kurang, serta aktivitas yang padat dapat mempengaruhi tingkat kenyamanan individu dalam menghadapi nyeri. Selain itu, dukungan sosial, terutama dari keluarga dan orang terdekat, juga berperan penting

dalam persepsi nyeri. Individu yang menghadapi nyeri sendirian tanpa dukungan emosional cenderung merasakan nyeri lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga atau teman-teman. Bagi anak-anak, kehadiran orang tua menjadi faktor yang sangat penting dalam membantu mereka mengatasi nyeri, karena dapat memberikan rasa aman dan kenyamanan yang dapat mengurangi tingkat kecemasan serta persepsi terhadap nyeri.

e. **Ansietas dan Stress**

Ansietas sering kali menyertai pengalaman nyeri dan dapat memperburuk persepsi nyeri, terutama ketika individu merasa tidak memiliki kendali atas situasi atau tidak mengetahui sumber nyeri yang dialami. Sebaliknya, individu yang merasa mampu mengendalikan nyeri cenderung mengalami penurunan kecemasan dan, pada akhirnya, merasakan nyeri dengan intensitas yang lebih ringan. Meskipun secara umum diyakini bahwa ansietas meningkatkan persepsi nyeri, penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara keduanya tidak selalu konsisten. Beberapa studi tidak menemukan hubungan yang jelas antara ansietas dan peningkatan nyeri, serta tidak membuktikan bahwa pelatihan pengurangan stres sebelum operasi dapat secara efektif mengurangi nyeri pasca operatif. Menariknya, ansietas yang tidak berkaitan langsung dengan nyeri justru dapat mengalihkan perhatian pasien dan mengurangi persepsi terhadap nyeri. Oleh karena itu, dalam penanganan nyeri, pendekatan yang lebih efektif adalah dengan langsung mengobati nyeri itu sendiri, bukan hanya berfokus pada pengelolaan ansietas (Nurhanifah & Sari, 2022).

3. Karakteristik Nyeri

Karakteristik nyeri dapat dilihat atau diukur berdasarkan lokasi nyeri, durasi nyeri (menit, jam, hari atau bulan), irama/periodenya (terus menerus, hilang timbul, periode bertambah atau berkurangnya intensitas) kualitas (nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superficial, atau bahkan seperti digencet).

Faktor-faktor yang meredakan nyeri dan apa yang dipercaya pasien dapat membantu mengatasi nyeri berdasarkan pengalaman atau trial and error. Efek nyeri terhadap aktifitas kehidupan sehari-hari. Nyeri akut sering berkaitan dengan ansietas dan nyeri kronis dengan depresi. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri (Amanupunnyo et al., 2023). Karakteristik Nyeri dapat dikaji dengan menggunakan PQRST.

a. **P (Pemicu):** Faktor yang mempengaruhi gawat dan ringannya nyeri

- b. Q (Quality): Seperti apa ? (Apakah tajam, tumpul, atau seperti tersayat)
- c. R (Region): Daerah perjalanan nyeri / Area Nyeri
- d. S (Severity / Skala Nyeri): Tingkat Keparahan / Intensitas Nyeri
- e. T (Time): Lama/ Waktu serangan atau Frekuensi Nyeri (Sinthania et al., 2022).

4. Penilaian Intensitas Nyeri

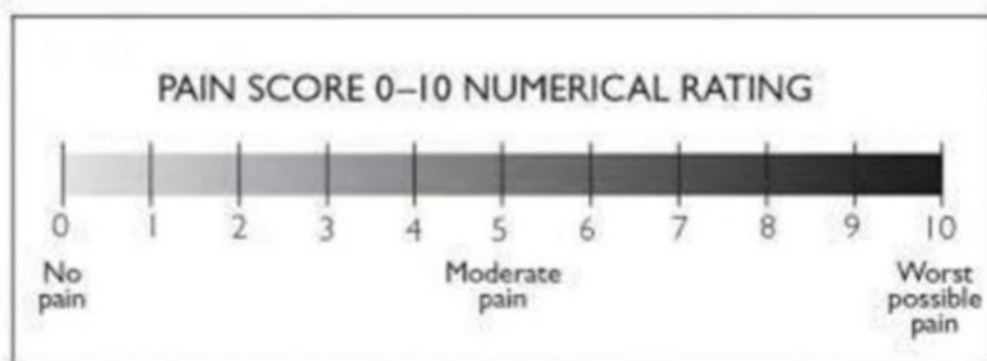
Intesitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan, pengukuran skala nyeri sangat subjektif dan individual, di mana ada kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama akan dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran skala nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin dilakukan adalah melalui respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Penilaian skala nyeri pada post sectio caesarea sama dengan nyeri pada umumnya (Sugito et al., 2023). Pengukuran skala nyeri dapat dilakukan dengan cara;

a. Subyektif (Self Report)

1) NRS (Numeric Rating Scale)

Metode Numeric Rating Scale (NRS) didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut dari pada menggunakan VAS dan VRS. Kekurangan dari metode NRS adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek dari pemberian analgesik.

1.4Gambar Skala Nyeri NRS

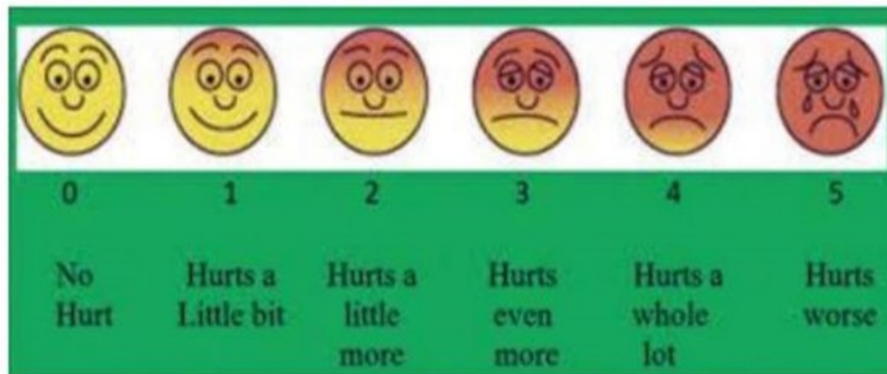


Sumber: (Sugito et al., 2023)

1) Faces Analog Scale

Skala ini digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri, terdiri dari enam wajah kartun yang diurutkan dari seorang yang tersenyum (tidak ada rasa sakit), meningkat wajah yang kurang bahagia hingga ke wajah yang sedih, dan wajah penuh air mata (rasa sakit yang paling buruk).

2.5 Gambar Face Analog Scale

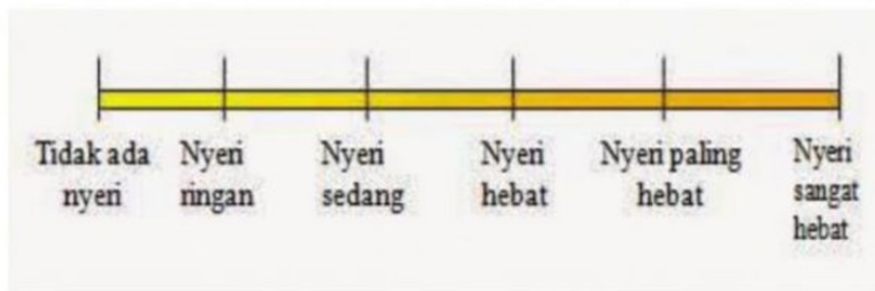


Sumber: (Sugito et al., 2023)

2) Deskriptif/VRS (Verbal Rating Scale)

Verbal Rating Scale (VRS) hampir sama dengan VAS, hanya pernyataan verbal dari rasa nyeri yang dialami oleh pasien ini jadi lebih spesifik. VRS lebih sesuai jika digunakan pada pasien pasca operasi bedah karena prosedurnya yang tidak begitu bergantung pada koordinasi motorik dan visual.

Pasien dapat diminta untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal (misal: tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri hebat, atau sangat hebat; atau 0 sampai 10; 0= tidak ada nyeri, 10= nyeri sangat hebat), nomor yang menerangkan tingkat nyeri yang dipilih oleh pasien akan mewakili tingkat intensitas nyerinya.

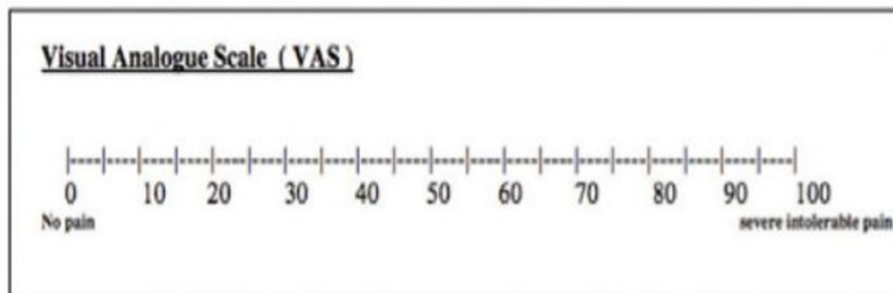


2.6 gambar skala nyeri VRS
 Sumber: (Sugito et al., 2023)

3) Visual Analog Scale (VAS)

Cara lain untuk menilai intensitas nyeri yaitu dengan menggunakan Visual Analog Scale (VAS). Skala berupa suatu garis lurus yang panjangnya biasanya 10 cm (atau 100 mm), dengan penggambaran verbal pada masing-masing ujungnya, seperti angka 0 (tanpa nyeri) sampai angka 10 (nyeri terberat). Nilai VAS 0-4 = nyeri ringan, 4-7 = nyeri sedang, dan 7-10 = nyeri berat.

2.7 gambar skala nyeri VAS



Sumber: (Sugito et al., 2023)

2. Obyektif

Pada pasien yang tidak dapat mengomunikasikan rasa nyerinya, yang perlu diperhatikan adalah perubahan perilaku pasien. CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) dan BPS (Behavioral Pain Scale) merupakan instrumen yang terbukti dapat digunakan untuk menilai adanya perubahan perilaku tersebut.

a. Behavioral Pain Scale (BPS)

BPS digunakan untuk menilai rasa nyeri yang dialami pasien pada prosedur yang menyakitkan seperti tracheal suctioning ataupun mobilisasi tubuh. BPS terdiri dari tiga penilaian yaitu ekspresi wajah, pergerakan ekstremitas, dan komplians dengan mesin ventilator. Setiap subskala diskoring dari 1 (tidak ada respon) hingga 4 (respon penuh). Karena itu skor berkisar dari 3 (tidak nyeri) hingga 12 (nyeri maksimal). Skor BPS sama dengan 6 atau lebih dipertimbangkan sebagai nyeri yang tidak dapat diterima (unacceptable pain).

b. Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)

CPOT dapat dilakukan pada pasien dengan kondisi antara lain: mengalami penurunan kesadaran dengan GCS >4 , tidak mengalami brain injury, memiliki fungsi motorik yang baik. CPOT terdiri dari empat domain yaitu ekspresi wajah, pergerakan, tonus otot dan toleransi terhadap ventilator atau vokalisasi (pada pasien yang tidak menggunakan ventilator). Penilaian CPOT menggunakan skor 0-8, dengan total skor ≥ 2 menunjukkan adanya nyeri .

(Sugito et al., 2023)

C. Konsep Kompres Hangat

1. Definisi Kompres Hangat

Kompres hangat adalah teknik stimulasi kulit dan jaringan dengan paparan panas yang bertujuan untuk mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan, serta memberikan efek terapeutik lainnya. Tindakan ini dilakukan dengan menggunakan kain, waslap, atau handuk yang telah dicelupkan dalam air hangat, kemudian ditempelkan pada bagian tubuh tertentu. Kompres hangat dapat membantu meredakan ketegangan otot, meningkatkan aliran darah ke area yang nyeri, serta memberikan rasa relaksasi. Selain itu, metode ini juga dapat digunakan untuk menurunkan suhu tubuh dalam kondisi tertentu (Casman et al., 2023).

Air hangat merupakan salah satu terapi non farmakologis yang efektif dalam menurunkan nyeri. Paparan air hangat dapat meningkatkan sirkulasi darah, membawa lebih banyak oksigen ke area yang mengalami nyeri, serta membantu otot, tendon, dan ligamen menjadi lebih rileks. Kompres hangat diberikan untuk memperlancar aliran darah, memungkinkan oksigen dan nutrisi tersebar lebih baik ke seluruh tubuh. Hal ini memberikan efek relaksasi, meningkatkan rasa nyaman, serta mengurangi ketegangan, terutama pada area punggung bawah yang mengalami nyeri. Terapi ini juga membantu meredakan kekakuan otot dan meningkatkan mobilitas pasien (Ernawati et al., 2022).

2. Manfaat Kompres Hangat

Salah satu metode non farmakologis yang dapat mengurangi nyeri yaitu dengan kompres hangat yang diberikan dalam waktu 15-20 menit dengan suhu 70°C dapat memberikan manfaat seperti memberikan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan rasa nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat (Ernawati et al., 2022).

3. Prosedur Kompres Hangat

a. Kompres Hangat Kering

- 1) Mencuci tangan
- 2) Mengatur posisi pasien yang nyaman
- 3) Cek temperature tubuh
- 4) Menyiapkan buli-buli panas dengan cara: mengisi buli-buli dengan air panas, kencangkan penutupnya kemudian membalik posisi buli-buli, lalu kosongkan isinya. Siapkan dan ukur suhu air yang diinginkan (50-60°C).
- 5) Mengisi buli-buli dengan air panas setengah bagian.
- 6) Mengeluarkan udaranya dengan cara meletakkan atau tidurkan buli-buli di atas meja atau tempat datar.
- 7) Melipat bagian atas buli-buli sampai kelihatan permukaan air di leher buli- buli
- 8) Menutup buli-buli di tutup dengan rapat/benar
- 9) Memeriksa buli-buli bocor atau tidak lalu mengeringkan dengan lap kerja dan masukkan ke dalam sarung buli-buli
- 10) Meletakkan atau pasang buli-buli pada area yang akan dikompres (dahi, aksila, lipatan paha dan perut)
- 11) Melakukan monitoring kondisi pasien komplikasi pemberian kompres dengan buli-buli panas, seperti: kemerahan, ketidaknyamanan, sebagainya kebocoran.
- 12) Mengganti buli-buli panas setelah 30 menit sampai suhu mendekati normal
- 13) Cek kembali suhu tubuh

b. Kompres Hangat Basah

- 1) Mencuci tangan
- 2) Mengatur posisi pasien yang nyaman
- 3) Mengukur suhu tubuh
- 4) Membasahi waslap dengan air
- 5) Meletakkan waslap pada daerah yang akan dikompres (dahi, ketiak, perut, leher dan lipatan paha)
- 6) Mengganti waslap yang telah kering atau suhu kain relatif menjadi dingin, masukkan kembali kain kompres kedalam cairan kompres dan letakkan kembali di daerah kompres, dilakukan berulang hingga efek yang diinginkan tercapai
- 7) Melakukan evaluasi dengan mengukur suhu tubuh pasien setelah 15-20 menit (Kompyang et al., 2022).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis Pada Penderita Dyspepsia

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah pengumpulan dan analisa informasi yang dilakukan secara sistematis dan dilakukan berkelanjutan dengan klien. Pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data-data dan menempatkan data-data ke dalam format yang ditentukan atau terorganisir. Selama fase pengkajian mengumpulkan data perawat mulai menerima dan mengidentifikasi masalah atau kebutuhan yang ada. Pengkajian merupakan salah satu upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap di klien untuk menentukan masalah apa yang terjadi pada tubuhnya (Diana, 2023).

a. Identitas klien

Termasuk nama, umur (kebanyakan terjadi pada lansia), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, ras, tanggal dan waktu MRS, nomor registrasi, dan diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Hal ini sering menjadi alasan klien mencari bantuan kesehatan sakit kepala disertai rasa berat di leher dan punggung, sakit kepala denyutan.

c. Riwayat penyakit saat ini

Klien dengan tekanan darah tinggi sering mengalami sakit kepala, mual, muntah, sesak napas, dan penglihatan kabur.

d. Riwayat penyakit keluarga

Kaji riwayat tekanan darah tinggi dalam keluarga. Anda kemungkinan besar klien juga mempunyai penyakit darah tinggi.

e. Riwayat kesehatan masa lalu

Kaji riwayat hipertensi, penyakit jantung koroner, stroke, dan penyakit ginjal.

f. Aktivitas/ Istirahat

Gejala : klien merasakan kelemahan dan kelelahan. Tanda : klien mengalami takikardi, takipnea/hiperventilasi atau respon terhadap aktivitas.

g. Sirkulasi

Gejala : klien mengalami hipotensi yang termasuk postural, takikardia, distremia atau hipovolemia atau hipoksemia, serta adanya kelemahan dan nadi perifer lemah. Adanya pengisian kapiler lambat, perlahan atau vasokonstriksi. Warna kulit pucat, sianosis atau tergantung pada jumlah kehilangan darah.

h. Eliminasi

Gejala : Adanya perubahan pola defekasi/karakteristik feses.

Tanda : adanya nyeri tekan abdomen dan distensi. Bunyi usus : sering hiperaktif selama perdarahan, hipoaktif setelah perdarahan. Karakter feses diare. Darah berwarna gelap, kecoklatan, atau kadang-kadang merah cerah, berbusa, bau busuk (steatorea). Konstipasi dapat terjadi atau perubahan diet serta pengguna anantasida Haluaran urine : menurun, pekat.

i. Makanan/ Cairan

Gejala : terjadinya anoreksia, mual, muntah (muntah yang memanjang diduga obstruksi pilorik bagian luar sehubungan dengan luka duodenal), adanya masalah menelan seperti cegukan, nyeri ulu hati, sendawa bau asam, mual atau muntah, tidak toleran terhadap makanan, contoh makanan pedas, coklat, diet khusus untuk penyakit ulkus sebelumnya. Penurunan berat badan.

Tanda : Muntah seperti warna kopi gelap atau merah cerah, dengan atau tanpa bekuan darah. Membran mukosa kering, penurunan produksi mukosa, turgor kulit buruk.

j. Neurosensori

Gejala : rasa berdenyut, pusing/sakit kepala karena sinar, kelemahan. Status mental: tingkat kesadaran dapat terganggu, rentang dari agak cenderung tidur, disorientasi/bingung, sampai pingsan dan koma (tergantung pada volume sirkulasi/oksigenasi).

- k. Pemeriksaan Fisik Perawat menggunakan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk memeriksa klien secara menyeluruh. Setiap teknik membutuhkan prinsip tertentu yang harus diikuti untuk memastikan pengumpulan data yang akurat. Pemeriksaan fisik meliputi kesadaran klien , Vital sign (tekanan darah, suhu, rr, nadi), kepala, mata, hidung, telinga, mulut dan tenggorokan, dada (jantung dan paru-paru), abdomen, ekstremitas atas dan bawah, dan kulit. Data Diagnostik dan Laboratorium Sumber data pengkajian yang terakhir adalah hasil dari pemeriksaan diagnostik dan laboratorium. Pemeriksaan ini sangat penting, artinya bagi perawat untuk menelaah hasil pemeriksaan ini untuk memastikan perubahan yang teridentifikasi dalam riwayat kesehatan keperawatan dan pemeriksaan fisik.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut b/d Agen Pencedera fisiologis (D. 0077)
- b. Defisit Pengetahuan b/d kurang pengetahuan (D. 0055)
- c. Gangguan Pola Tidur b/d hambatan lingkungan (D. 0111)

3. Intervensi Keperawatan

Menurut Tim pokja SIKI DPP PPNI,2018 Perencanaan Adalah:

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri Akut b/d Agen Pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri pada klien dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri membaik (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5)	<u>Observasi:</u> 1. Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik <u>Terapeutik:</u> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <u>Edukasi:</u> 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <u>Kolaborasi:</u> 1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi
2.	Defisit Pengetahuan b/d kurang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Observasi 1. Identifikasi

	pengetahuan	selama 3x24 jam diharapkan defisit pengetahuan dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang dyspepsia meningkat (5) 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (5) 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)	kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
3.	Gangguan Pola Tidur b/d kurang hambatan lingkungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur dengan kriteria hasil: 1. kemampuan beraktivitas meningkat (5)	Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan

		2. keluhan sulit tidur menurun (5) 3. keluhan sering terjaga menurun (5) 4. keluhan istirahat tidak cukup (5)	dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu
--	--	--	--

			tidur
			3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
			4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
			5. Anjurkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
			6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah langkah ke empat dari proses keperawatan. Tahapan implementasi dikembangkan setelah mengembangkan rencana perawatan pasien. Ini melibatkan kinerja keperawatan dan intervensi kolaboratif yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan diperlukan untuk mendukung atau meningkatkan status kesehatan pasien. Intervensi keperawatan adalah dilaksanakan berdasarkan tindakan penilaian klinis dan pengetahuan yang dilakukan perawat untuk meningkatkan hasil pasien.

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang

dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Prastiwi et al., 2023).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Tahapan ini merupakan suatu proses yang berfungsi mengukur keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien. Evaluasi suatu tindakan keperawatan mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya. Bentuk evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu:

a. Evaluasi formatif

Setelah diberikan tindakan keperawatan kepada klien, perawat mengobservasi status kesehatan dan kemandirian klien. Evaluasi ini berfokus pada bagaimana respon klien terhadap tindakan yang diberikan.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi ini dilakukan setelah semua tindakan keperawatan diberikan kepada klien. Diagnosis keperawatan adalah tolak ukur dari evaluasi ini. Hasil dari evaluasi sumatif ada tiga pilihan yaitu :

- 1) Tujuan tercapai: jika klien menunjukkan perubahan pada status kesehatan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan
- 2) Tujuan tercapai sebagian jika klien menunjukkan perubahan status kesehatan tetapi belum semua terpenuhi sesuai kriteria hasil.
- 3) Tujuan tidak tercapai: jika klien belum mampu menunjukkan perubahan status kesehatan setelah diberikan tindakan keperawatan (Ifadah et al., 2024).