

## BAB II

### TINJUAN PUSTAKA

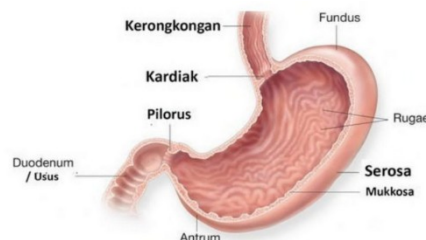
#### A. KONSEP ANATOMI FISIOLOGI

##### 1. Anatomi lambung manusia

Posisi perut manusia terletak dikiri atas, tepat di bawah diafragma. Bagian depan lambung adalah bagian depan hati dan dinding perut diafragma. Bagian belakang perut adalah pankreas, ginjal kiri, kelenjar adrenal kiri, limpa dan usus besar. Perut memiliki bentuk cembung di sisi kiri dan sedikit cekung di sisi kanan. Saat perut kosong, lapisan mukosa berubah menjadi kerutan yang disebut rugae. (Mubarak et al., 2022).

Kita sekarang tahu bahwa lambung secara mekanis memecah partikel makanan, mencairkan makanan, dan memulai pencernaan kimiawi protein dan lemak. Lambung menghasilkan campuran asam, pekat, menyerupai pasta dari makanan setengah cerna yang disebut kimus. Sebagian besar pencernaan terjadi setelah kimus diteruskan ke usus halus.

Antara esofagus dan duodenum, lambung memiliki dua margin yang disebut kurvatura mayor dan minor. Kurvatura mayor adalah area panjang sekitar sekitar 40 cm, sepanjang permukaan inferolateral. Omentum yang lebih besar, yang menjorok ke usus kecil, berhenti pada kurvatura mayor. Kurvatura minor adalah jarak yang lebih pendek dari esofagus ke duodenum, sekitar 10 cm, sepanjang batas superomedial yang menghadap ke hati. Omentum minus membentang di antara hati dan kurvatura minor. (M. Askar, 2024)



Gambar 2 1 Anatomi Fisiologi Lambung

Sumber : Hartati Eko Wwardani, 2019

## 2. Fisiologis lambung

Fungsi utama lambung lainnya adalah penyimpanan sementara makanan dan pencernaan makanan kimia dan mekanik. Bagian atas lambung, yaitu cardia, tubuh, dan antrum, dapat rileks ketika makanan diproduksi dan mentolerir perut meningkat dalam volume makanan. Bagian bawah lambung yang berirama (pencernaan mekanis) untuk memecahkan makanan, bercampur dengan jus lambung (pencernaan kimia), mengurangi makanan, dan pada titik ini menyiapkan campuran yang disebut lonceng. Di setiap gelombang, sfingter pylori mengaktifkan sejumlah kecil simus. Itu larut dan dipecah menjadi usus kecil, yang dapat diproses dan diatur oleh duodenum. Jus lambung tentu saja merupakan cairan yang disekresikan oleh disko lambung untuk keperluan pencernaan kimia dan mengandung asam klorida (hcl) dan enzim pepsin. Perut dapat memproses makanan dan mendistribusikan duodenum rata-rata dalam 2-4 jam. (Wulandari, 2022).

## B. KONSEP DASAR PENYAKIT

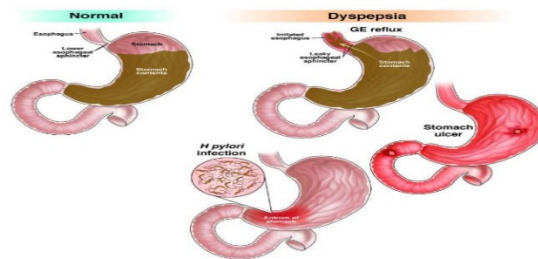
### 1. Definisi

Kata dyspepsia berasal dari bahasa Yunani, yaitu “*dys*” (*poor*) dan “*peps*” (*digestion*) yang berarti gangguan pencernaan. Dispepsia diartikan sebagai rasa nyeri atau tidak nyaman yang berpusat pada bagian perut atas, yang dapat disertai keluhan-keluhan lain, seperti perut terasa lebih cepat penuh (*fullness*), kembung (*bloating*), atau cepat merasa kenyang, walaupun baru makan sedikit lebih dari porsi biasanya (*early satiety*), dan tidak berhubungan dengan fungsi kolon. (Rosadi et al., 2023).

Dispepsia merupakan kumpulan gejala yang sering ditemukan di kalangan masyarakat. Perilaku pola makan yang tidak teratur ataupun makan yang terburu-buru dimasyarakat merupakan faktor yang mungkin memicu dispepsia. Penyakit dispepsia adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan nyeri atau rasa tidak nyaman pada perut bagian atas atau ulu hati. Dispepsia juga merupakan salah satu masalah kesehatan yang sangat sering ditemui dalam kehidupan sehari-hari yang berhubungan dengan pola makan atau yang berhubungan dengan gangguan saluran cerna (Hidayat F,

2022). Gejala penyakit dispepsia ditandai dengan adanya nyeri epigastrik, rasa penuh pada bagian epigastrik dan rasa cepat kenyang, mual dan muntah (Zakiyah, W., 2021).

Dispepsia, yang sering dikenal dengan istilah sakit maag atau indigesti, adalah kumpulan gejala yang berkaitan dengan gangguan pada saluran pencernaan bagian atas, khususnya lambung. Gejala-gejala ini dapat berupa rasa tidak nyaman, perih, atau nyeri di bagian atas perut, serta rasa kenyang yang berlebihan meskipun baru makan sedikit (Puspita, 2024)



Gambar 2.2 Dispepsia

## 2. Etiologi

Penyebab utama dispepsia dari berbagai penyakit yang bersifat organik maupun fungsional. Penyakit yang bersifat organik antara lain karena terjadinya gangguan disaluran cerna atau disekitar saluran cerna, seperti pankreas, kandung empedu dan lain-lain. Sedangkan penyakit yang bersifat fungsional dapat disebabkan karena faktor psikologis dan faktor intoleran terhadap obat-obatan dan jenis makanan tertentu. Faktor-faktor yang menyebabkan dispepsia adalah :

### a. Bakteri *Helicobacter pylori*

Bakteri tersebut hidup di bawah lapisan selaput lendir sendiri untuk melindungi kerusakan dinding lambung akibat produksi asam lambung. Infeksi yang diakibatkan bakteri *Helicobacter pylori* ini menyebabkan peradangan pada dinding lambung.

### b. Merokok

Rokok akan merusak lapisan pelindung lambung. Oleh karena itu, orang yang merokok lebih sensitif terhadap dispepsia.

### c. Stres

Stres dapat menyebabkan terjadinya perubahan hormonal didalam tubuh, asam yang berlebihan dapat membuat lambung terasa nyeri, perih dan kembung.

d. Efek samping obat-obatan tertentu

Konsumsi obat penghilang rasa nyeri seperti obat inflamasi nonsteroid (OAINS) misalnya aspirin, ibuprofen yang terlalu sering dapat menyebabkan timbulnya penyakit dispepsia.

e. Alkohol

Mengonsumsi alkohol dapat mengiritasi dan mengikis permukaan lambung.

f. Mengonsumsi makanan terlalu pedas dan asam serta minuman kafein, seperti kopi dapat meningkatkan produksi asam lambung berlebihan sehingga menimbulkan iritasi dan menurunkan kemampuan fungsi dinding lambung. (Jirmu, 2022).

### 3. Manifestasi klinis

Meskipun gejala dan tanda dispepsia bisa sangat bervariasi, namun selalu dimulai di daerah epigastrium. Gejala dispepsia antara lain sebagai berikut, menurut Bayu Purnama et al. (2019):

- a. Nyeri atau rasa tidak nyaman di epigastrium
- b. Sensasi kekosongan di perut (kepuhan epigastrium)
- c. Walaupun porsi makanan biasanya belum habis, perut cepat terasa kenyang dan pemakan berhenti (awal kenyang)
- d. Postprandial fullness, atau merasa kenyang setelah makan
- e. Bengkak
- f. Sering buang air kecil
- g. Muntah, dan Nausea (mual).

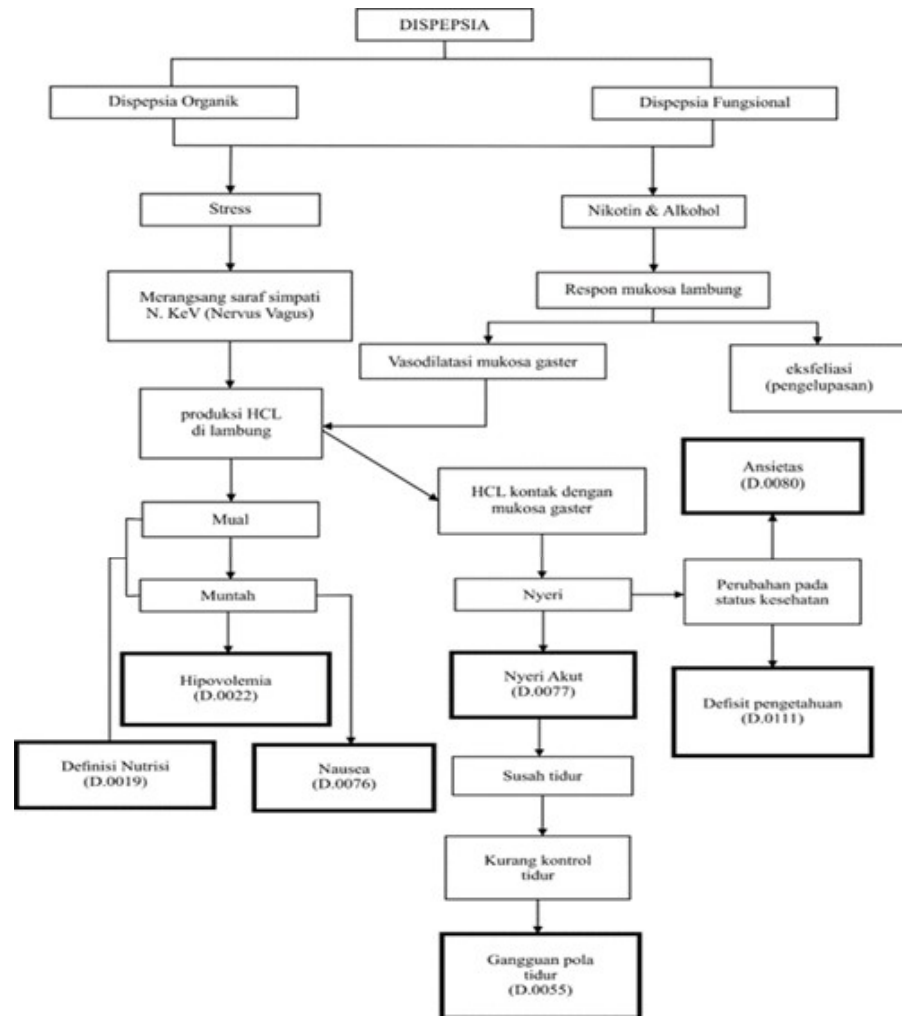
### 4. Patofisiologis

Patofisiologi dispepsia yang disebabkan oleh *Helicobacter pylori* dan obat-obatan anti-inflamasi nonsteroid (OAINS) telah banyak diketahui. Perubahan pola makan yang tidak teratur, zat-zat seperti nikotin, alkohol serta adanya kondisi yang stres, pemasukan makanan menjadi kurang

sehingga lambung akan kosong. Kekosongan lambung dapat mengakibatkan erosi pada lambung akibat gesekan antara dinding lambung. Kondisi ini akan mengakibatkan peningkatan produksi HCL yang akan merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung sehingga rangsangan di medulla oblongata membawa implus muntah sehingga intake tidak adekuat baik makanan maupun cairan (Aprilia, 2021). Dispepsia mengalami perubahan pada kesehatan ansietas, dispepsia fungsional, dispepsia organik, respon mukosa lambung, perangsangan saraf simpatis, kopi, alkohol, stress, nyeri, kontak dengan mukosa gaster, vasodilatasi mukosa gaster, mual merupakan sensasi subjektif yang tidak menyenangkan dan sering mendahului muntah, terjadinya muntah diawali dengan berjalannya impuls b – implus aferen ke pusat muntah sebagai aferen vagus dan simpatis. Implus aferen ini berasal dari lambung atau duodenum yang muncul sebagai respon terhadap stimulasi kimiawi oleh emetik (bahan penyebab muntah). Apabila refleks muntah terjadi pada pusat muntah, terjadi melalui aktifitas beberapa syaraf kranialis ke wajah dan kerongkongan serta neuron motorik spinalis ke otot abdomen dan diafragma. Gejala-gejala yang dapat terjadi sebelum muntah adalah mual, takikardi dan berkeringat, kekurangan volume cairan, pengelupasan, nyeri epigastric berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung, defisit pengetahuan (Sari, 2021). Perlambatan pengosongan lambung, 20-40% pada stress ia fungsional mempunyai perlambatan pengosongan lambung yang sangat signifikan karena pengosongan lambung dengan perasaan perut penuh setelah makan, mual, dan muntah. Gangguan akomodasi lambung, menimbulkan rasa cepat kenyang dan mengalami penurunan berat badan, karena pada keadaan normal makanan yang masuk lambung akan terjadi relaksasi fundus dan korpus gaster tanpa meningkatkan tekanan dalam lambung. Hipersensitivitas lambung dapat menimbulkan rasa nyeri abdomen, bersendawa, penurunan berat badan, rasa cepat kenyang. Intoleransi lipid intra duodenal, mengeluh intoleransi terhadap makanan yang berlemak dan dapat meningkatnya hipersensitivitas

terhadap lambung yang menimbulkan gejala mual dan kembung. Psikologi, adanya stress akut dapat mempengaruhi gastrointestinal kemudian muncul rasa mual setelah stimulus stress (Aprilia, 2021).

## 5. Pathway



Gambar 2.3 pathway dispepsia

## 6. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik dispepsia yaitu:

### a. Pemeriksaan laboratorium

HDL atau jumlah sel darah lengkap sering dilakukan di laboratorium. Tes ini sering disebut sebagai tes hematologi. Pemeriksaan semacam ini melihat sel darah merah, sel darah putih, dan trombosit selain melihat darah dalam urin dan feses.

Leukositosis adalah tanda infeksi menurut hasil tes darah, dan jika pada pemeriksaan pemeriksaan terlihat encer dan berlendir atau mengandung banyak lemak, mungkin mengindikasikan malabsorpsi. Asam lambung harus diperiksa pada siapa saja yang memiliki kecurigaan maag dispepsia. Penanda tumor, seperti yang diduga kanker usus besar, harus diperiksa pada kasus karsinoma saluran pencernaan. CEA, atau antigen carcinoembryonic. Hasil laboratorium biasanya dalam batas normal pada dispepsia fungsional.

b. Radiologi

Paling tidak diperlukan pemeriksaan radiologi saluran cerna bagian atas guna menunjang diagnosis suatu penyakit saluran cerna. Untuk melihat anti peristaltik pada antrum yang masuk ke usus dan penurunan peristaltik pada esofagus terutama pada bagian distal maka pemeriksaan ini harus menggunakan kontras ganda pada gastroesophageal reflux. Ulkus jinak biasanya memiliki bentuk reses setengah lingkaran yang teratur dengan dasar yang halus. Secara radiologis, akan terlihat benjolan di perut yang tidak khas, dan tidak ada peristaltik di sana. Bentuk perut juga akan berubah.

c. Endoskopi (Esofago-gastro-doudenoskopi)

Dispepsia fungsional digambarkan memiliki penampilan endoskopi yang normal atau tidak spesifik. Biopsi mukosa, juga dikenal sebagai tes CLO, dapat diperiksa dengan endoskopi untuk menentukan keadaan patologis mukosa lambung yang disebabkan oleh bakteri *H. pylori* (Mardalena, 2018).

d. USG (Ultrasonografi)

Ini adalah diagnostik non-invasif yang baru-baru ini semakin banyak digunakan untuk membantu diagnosis suatu penyakit. Selain itu, alat ini tidak memiliki efek samping dan dapat digunakan kapan saja, bahkan pada pasien yang sakit parah (ALZANI et al., 2022).

## 7. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan farmakologis

Terapi farmakologi yang biasa digunakan untuk mengatasi dispepsia adalah H<sub>2</sub> blocker (simetidin, ranitidine, nizatidin, atau famotidine), proton pump inhibitor (lansoprazol, esomeprazole) selama 4-6 minggu, dan dihentikan bila tidak terdapat kemajuan. Terapi dispepsia fungsional perlu dibedakan untuk subtype nyeri atau distress postprandial. Pada tipe nyeri epigastrium, ini terapi pertama bertujuan menekan asam lambung (H<sub>2</sub>-blocker, PPI). Pada tipe distress postprandial, ini pertama dengan prokinetik, seperti metoklopramid/domperidon (antagonis dopamin).(Habibie, 2021)

b. Penatalaksanaan non farmakologi

Kompres hangat (warm water zack) Kompres hangat merupakan salah satu tindakan yang utama yang efektif untuk meredakan nyeri dengan mengurangi spasme otot, merangsang nyeri, menyebabkan vasodilatasi, dan peningkatan aliran darah, pembuluh darah akan melebar dan memperbaiki peredaran darah dalam jaringan tersebut (Abdurakhman dkk, 2020).

## 8. Komplikasi

Perdarahan saluran cerna bagian atas, ulkus peptikum, perforasi lambung, dan anemia merupakan komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dispepsia (ALZANI et al., 2022).

## C. KONSEP WARM WATER ZACK ( WWZ )

### 1. Kompres hangat (warm water zack)

Kompres hangat adalah tindakan memberikan rasa hangat menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh tertentu yang bertujuan memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi nyeri dan memberikan rasa hangat (Rahmatica et al., 2023). Mengompres dengan air hangat dapat memberi perasaan hangat kepada klien dengan menggunakan alat dan cairan yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh tertentu. Terapi kompresi air hangat adalah terapi nonfarmakologis yang memberikan

manfaat positif. Kompres air yang hangat ini meningkatkan relaksasi dan mobilitas otot, mengurangi nyeri sendi dan menghilangkan kekakuan sendi di pagi hari (Romliyadi, 2021).

## 2. Indikasi dan Kontraindikasi

Terdapat indikasinya yaitu meredakan nyeri dengan mengurangi spasme otot, merangsang nyeri, peningkatan aliran darah, pembuluh darah akan melebar, dan memperbaiki peredaran darah dalam jaringan tersebut. Pemberian kompres hangat terdapat kontraindikasinya yaitu 24 jam pertama setelah terjadi cedera atau trauma berat karena rasa panas pada kompres dapat menimbulkan efek vasodilatasi sehingga dapat meningkatkan perdarahan dan pembengkakan pada bagian tubuh yang dikompres. Perdarahan yang masih aktif karena bisa menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan akan meningkatkan terjadinya perdarahan, gangguan pada kulit/iritasi yang dapat menyebabkan kemerahan atau lepuh karena rasa panas tersebut dapat membakar atau menyebabkan kerusakan kulit lebih jauh (Rahayu & Safitri, 2023).

## 3. Manfaat

kompres hangat adalah untuk memperlancar peredaran darah, mengurangi nyeri, memberikan kehangatan, kenyamanan, dan ketenangan pada klien, memperlancar pengeluaran eksudat, merangsang gerak peristaltik usus. Terapi kompres hangat adalah tindakan yang melibatkan penerapan kompres hangat dengan tujuan memberikan kehangatan, mengurangi rasa sakit, mencegah kejang otot, dan memberikan kenyamanan. Kompres dapat mengurangi tingkat rasa sakit dengan meningkatkan suhu jaringan dan sirkulasi lokal, yang dapat menghentikan bahan kimia inflamasi seperti prostaglandin, bradikinin, dan histamin (Rohmawati et al., 2025). Terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu kompres hangat, kompres hangat merupakan metode pemeliharaan suhu tubuh dengan alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin

pada bagian tubuh yang memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri, dalam keperawatan manajemen nyeri non farmakologi merupakan Tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi, dalam melakukan intervensi keperawatan, manajemen nyeri non farmakologi merupakan tindakan independen dari seorang perawat dalam mengatasi respon klien ( Rahayu & safitri, 2023 ).

4. Standar Operasional Prosedur (SOP) Terapi kompres hangat

No	Standar Operasional Prosedur (SOP) Kompres Hangat
<b>Prosedur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fase Pra-Interaksi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Verifikasi order</li> <li>b. Persiapan alat                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kantong air panas</li> <li>2) Kom berisi air panas</li> <li>3) Sarung kantong air panas</li> </ol> </li> <li>c. Persiapan perawat/lingkungan                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perawat mencuci tangan</li> <li>2) Menyiapkan lingkungan dan membatasi pengunjung</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. Fase Orientasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberikan salam, memperkenalkan diri perawat dan menyapa klien dengan ramah</li> <li>b. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan pada klien atau keluarganya</li> <li>c. Memberikan kesempatan klien untuk bertanya</li> <li>d. Mendekatkan alat kepada pasien</li> </ol> </li> <li>3. Fase Kerja               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengisi kantong air panas 1/3 bagian</li> <li>b. Mengeluarkan udara dari kantong air panas</li> <li>c. Memeriksa apakah kantong air panas bocor</li> <li>d. Memasang sarung kantong air panas</li> <li>e. Memberikan kantong air panas di perut</li> <li>f. Mengganti bila air sudah dingin</li> <li>g. Memperhatikan kulit jangan sampai terbakar</li> <li>h. Membereskan                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kantong air panas dikosongkan</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) Digantung terbalik</li> <li>3) Menyimpan pada tempatnya</li> </ul> <p>4. Fase Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluasi Respon pasien</li> <li>b. Simpulkan hasil kegiatan</li> <li>c. Kontrak waktu kegiatan selanjutnya</li> <li>d. Dokumentasikan hasil kegiatan</li> </ul>
Indicator pencapaian	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Respon verbal <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan rileks</li> <li>b. Klien mengatakan nyeri berkurang</li> <li>c. Klien mengatakan sudah merasa nyaman</li> </ul> </li> <li>2. Respon non verbal <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak lebih tenang</li> <li>b. Ekspresi wajah klien tidak tampak meringis menahan nyeri</li> <li>c. Klien dapat melanjutkan kegiatannya Kembali</li> <li>d. Tekanan darah dan nadi pasien menurun</li> </ul> </li> </ul>

Table 2.1 Standar Operasional Prosedur (Sop) Kompres Hangat

#### D. KONSEP NYERI

##### 1. Pengertian nyeri

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan, nyeri akut sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah pulih pada area yang rusak (Utami, 2022). Nyeri adalah ketidaknyamanan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang terdapat pada area tertentu (Cholifah & Azizah, 2020). Nyeri merupakan suatu pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan, berhubungan dengan kerusakan jaringan yang aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya (Utami, 2022). Nyeri

merupakan suatu pengalaman sensorik multi dimensi pada intensitas ringan sedang dan berat dengan kualitas tumpul, terbakar dan tajam, dengan penyebaran dangkal, dalam atau lokal dan durasi sementara, intermiten dan persisten yang beragam tergantung penyebabnya (Ayudita, 2023).

## 2. Fisiologi nyeri

Fisiologis terjadinya nyeri dimana reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri (*nosireceptor*) adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Teori *gate control* menyebutkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan terbuka dan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri (Budi, 2020). proses fisiologis terkait nyeri disebut *nosisepsi*. Proses tersebut terdiri atas empat fase yakni Menurut Mubarak dan Chayatin (2014) :

### a. Transduksi

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

### b. Tranmisi

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

mengirim pesan nosiseptik ke korteks somatosensorik dan sistem limbik. *Tractus spinotalamicus* yaitu *tractus* yang berasal dari medulla spinalis sampai di thalamus kemudian berganti neuron menuju korteks serebri pada somatosensorik dimana nyeri sensoriknya dirasakan berupa lokalisasi, intensitas dan lamanya, sedangkan *tractus spinoretikularis* sebelum tiba di thalamus berganti neuron di batang otak retikularis kemudian menuju limbik dimana nyeri emosional dirasakan berupa cemas, ketakutan, berteriak atau menangis Maradona et al., 2023).

c. Modulasi

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

d. Persepsi

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

### 3. Klasifikasi nyeri

Menurut (Prameswari, 2022) ada tiga klasifikasi jenis-jenis nyeri:

a. Nyeri perifer, terbagi menjadi 3 macam:

- 1) Nyeri superfisial, yaitu rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
- 2) Nyeri viseral, yaitu rasa nyeri yang muncul akibat stimulus pada reseptor nyeri dirongga abdomen, kranium dan toraks.
- 3) Nyeri alih, yaitu nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

- b. Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat stimulus pada medula spinalis, batang otak, dan talamus.
- c. Nyeri psikogenik, nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. Dengan kata lain, nyeri timbul akibat pikirannya sendiri. Sering kali, nyeri ini muncul karena faktor psikologis, bukan fisiologis.

#### **4. Bentuk nyeri**

Menurut (Prameswari, 2022) bentuk nyeri terbagi menjadi 2 yaitu:

- a. Nyeri Akut, nyeri yang biasanya berlangsung tidak lebih dari 6 bulan. Biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui.
- b. Nyeri kronis, nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan, nyerinya cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan.

#### **5. Pengkajian nyeri**

Menurut Rahma, (2018) beberapa hal yang harus dikaji untuk menggambarkan nyeri seseorang antara lain :

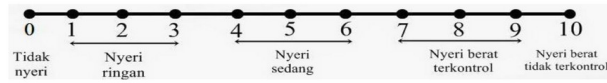
##### **a. Intensitas nyeri**

Minta individu untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal, misal tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri sedang, nyeri berat, hebat atau sangat nyeri, atau dengan membuat skala nyeri yang sebelumnya bersifat kualitatif menjadi bersifat kuantitatif dengan menggunakan skala 0-10 yang bermakna 0 tidak nyeri, dan 10 nyeri sangat hebat.

##### **b. Karakteristik nyeri**

Karakteristik nyeri smpat 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. Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut:

##### **1) Skala deskripsi**

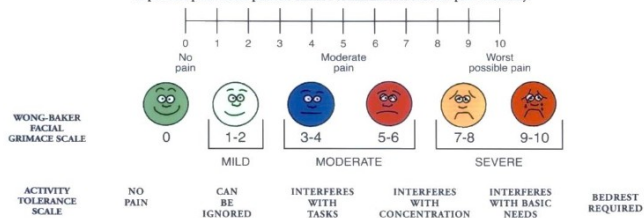


Gambar 2.4 skala deskripsi

intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala wajah (ong-Baker Faces Pain Rating Scale).

### UNIVERSAL PAIN ASSESSMENT TOOL

This pain assessment tool is intended to help patient care providers assess pain according to individual patient needs. Explain and use 0-10 Scale for patient self-assessment. Use the faces or behavioral observations to interpret expressed pain when patient cannot communicate his/her pain intensity.



Gamba

### r 2.5 skala ong-Baker Faces Rating Scale

- Ekspresi wajah 1: tidak merasa nyeri sama sekali
- Ekspresi wajah 2: nyeri hanya sedikit
- Ekspresi wajah 3: sedikit lebih nyeri
- Ekspresi wajah 4: jauh lebih nyeri
- Ekspresi wajah 5: jauh lebih nyeri sangat
- Ekspresi wajah 6: sangat nyeri luar biasa hingga penderita menangis (Rahma, 2018).

## 6. Penatalaksanaan Nyeri

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

- Kolaborasi pemberian farmakologi atau berupa obat- obatan seperti analgesic dan NSAID nyeri berkurang dengan memblok transmisi stimuli agar terjadi perubahan.
- Sedangkan penanganan nyeri nonfarmakologi yang berupa:

- 1) Relaksasi merupakan kebiasaan mental dan fisik dari ketegangan dan stress. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri, untuk menenangkan pikiran klien dianjurkan pelan-pelan memandang sekeliling ruangan(Utami, 2022).
- 2) Distraksi adalah metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dialami (Andriani, 2023).
- 3) Stimulasi kulit dapat dilakukan dengan cara pemberian kompres dingin, kompres hangat atau panas, massage dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS). Kompres dingin dan panas dapat menghilangkan nyeri dan meningkatkan proses penyembuhan (Utami, 2022).
- 4) Massage dengan teknik otot bahu diremas, punggung dapat dipijat dengan tekanan pendek dan cepat dari kedua tangan, petriasi dapat dilakukan dengan menekan punggung secara horizontal kemudian menggerakkan tangan ke arah yang berlawanan menggunakan gerakan meremas, dan dapat dilakukan tekanan menyikat lembut ke belakang dengan ujung jari untuk mengakhiri pijatan (Andriani, 2023).

## E. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS

### 1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang sangat menentukan keberhasilan sebuah proses keperawatan oleh karena itu membutuhkan kecermatan dan ketelitian pada tahap ini. Pengkajian dapat dilakukan minimal sekali, tetapi dapat dilakukan beberapa kali secara teratur, misal setiap jam pada pasien kritis. Teknik pengkajian meliputi :

#### a. Anamnesa

- 1) Biodata yaitu, umur, jenis kelamin, pekerjaan.

- 2) Keluhan utama; pada kasus penyakit gastritis dengan masalah nyeri di ulu hati dan perut sebelah kanan bawah sering menjadi alasan pertama klien ke fasilitas pelayanan kesehatan.
- 3) Riwayat kesehatan sekarang : Pengkajian dari kronologi klien mulai dari keluhan utama dan adanya keluhan lain seperti badan lemas, nyeri kepala, membuat riwayat penyakit sekarang ada 7 dimensi dari gejala klinik yang harus ditanyakan dalam anamnesa, yaitu:
  - a) Lokasi: Dimana lokasi masalah tersebut? Apakah ada penjararan?  
Contoh: Tolong tunjukkan dengan satu jari dimana lokasi nyeri yang tepat?
  - b) Kualitas: Seperti apa keluhan tersebut dan bagaimana rasanya? Apakah tajam atau tumpul, hilang timbul atau menetap?
  - c) Kuantitas/beratnya: Seberapa berat penyakitnya? Misalnya beratnya nyeri dengan skala 1 sampai 10 dimana skala 1 tidak nyeri sedangkan 10 sangat nyeri.
  - d) Kronologis/waktu: Kapan gejala atau masalah mulai? Bagaimana kejadiannya? Misalnya pada nyeri ulu hati ditanyakan pertama kali atau sebelumnya pernah terjadi.
  - e) Kejadian yang memperberat keluhan: Misalnya pada ulu hati diperberat dengan makan pedas, nyeri ulu hati bertambah pada saat bekerja dan sebagainya.
  - f) Kejadian yang memperingan keluhan: Misalnya pada gastritis nyeri ulu hati berkurang dengan makan dan sebagainya.
  - g) Gejala klinik yang menyertai: Misalnya Apakah keluhan tersebut berhubungan dengan aktivitas makan? Adakah pembengkakan, benjolan atau tumor, atau nyeri tekan?

- 4) Riwayat kesehatan masa lalu meliputi penyakit yang berhubungan dengan penyakit sekarang, riwayat dirumah sakit, dan Riwayat pemakaian obat-obatan adiktif.
- 5) Riwayat kesehatan keluarga.  
Menjelaskan tentang riwayat kesehatan pada keluarga misalnya Riwayat penyakit keturunan adakah keluarga yang memiliki penyakit gastritis, DM maupun hepatitis.
- 6) Riwayat psikososial  
Informasi yang diperoleh dari klien mengenai cara-cara yang digunakan untuk mengatasi stres.
- 7) Riwayat spiritual : Pemeriksaan fisik. Keadaan umum : tampak kesakitan pada pemeriksaan fisik terdapat nyeri tekan di kuadran epigastrik.
- 8) Tanda-tanda vital. Suhu tubuh kadang akan meningkat, pernapasan cepat dan dangkal dan tekanan darah cenderung menurun.
  - a) Makanan / Cairan.  
Gejala : anoreksia, mual, muntah (muntah yang memanjang diduga obstruksi pilorik bagian luar sehubungan dengan luka duodenal), masalah menelan : cegukan, nyeri ulu hati, sendawa bau asam, mual atau muntah. Tanda : muntah dengan warna kopi gelap atau merah cerah, dengan atau tanpa bekuan darah, membrane mukosa kering, penurunan produksi mukosa, turgor kulit buruk (perdarahan kronis).
  - b) Neurosensi. Gejala : rasa berdenyut, pusing / sakit kepala karena sinar, kelemahan.  
Tanda: tingkat kesadaran dapat terganggu, rentang dari agak cenderung tidur, disorientasi / bingung, sampai pingsan dan koma (tergantung pada volume sirkulasi / oksigenasi).
  - c) Nyeri / Kenyamanan. Gejala : Nyeri, digambarkan sebagai tajam, dangkal, rasa terbakar, perih, nyeri hebat tiba-tiba

dapat disertai perforasi. Rasa ketidaknyamanan / distress samar-samar setelah makan banyak dan hilang dengan makan (gastritis akut). Nyeri epigastrium kiri sampai tengah / atau menyebar ke punggung terjadi 1-2 jam setelah makan dan hilang dengan antasida (ulkus gaster), nyeri epigastrium kiri sampai / atau menyebar ke punggung terjadi kurang lebih 4 jam setelah makan bila lambung kosong dan hilang dengan makanan atau antasida (ulkus duodenal), tak ada nyeri (varises esofegeal atau gastritis), faktor pencetus : makanan, rokok, alkohol, penggunaan obat-obatan tertentu (salisilat, reserpin, antibiotik, ibuprofen), stresor psikologis. Tanda : wajah berkerut, berhati-hati pada area yang sakit, pucat, berkeringat, perhatian menyempit. (Wati, 2023).

## 2. **Diagnosa keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis terhadap respon klien yang berlangsung secara aktual maupun potensial terkait masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

- a. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (infeksi mukosa lambung) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di perut bagian atas.
- b. Defisit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makan ditandai dengan nafsu makan menurun.
- c. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- d. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kurang terpapar informasi

## 3. **Intervensi keperawatan**

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
----	----------	---------------------------	------------------------

	keperawatan		
1	Nyeri akut	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan Tingkat Nyeri (L.01001) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> <li>5. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>7. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Berikan Teknik nonfarmakologis Untuk mengurangi nyeri (mis : TENS, hypnosis, akupresur, terapi Music,biofeedback,terapi pijat,aromaterapi,teknik imajinasi,terbimbing, kompres,hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>9. Berikan kompres hangat Menggunakan hot pack</li> <li>10. Kontrol lingkungan yang Memperberat rasa nyeri</li> <li>11. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>12. Pertimbangkan jenis dan</li> </ol>

			<p>sumber nyeri dalam pemilihan strategi Meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>14. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>15. Ajarkan teknik farmakologis Untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
2.	Deficit nutrisi	<p>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan status nutrisi (L.03030) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang meningkat</li> <li>2. Verbalisasi keinginan Untuk meningkatkan Nutrisi meningkat</li> <li>3. Pengetahuan tentang Standar asupan nutrisi Yang tepat meningkat</li> <li>4. Frekuensi makan Membaik</li> <li>5. Nafsu makan membaik</li> </ol>	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>4. Monitor asupan makanan</li> <li>5. Monitor berat badan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>7. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemik), jika perlu</li> </ol>
3.	Gangguan	Setelah dilakukan Tindakan	Dukungan Tidur (I.05174)

	pola tidur	<p>asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan pola tidur (L.05045) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>4. Keluhan istirahat tidak Cukup menurun</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/ atau psikologis)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>3. Lakukan prosedur untuk Meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi Akupresur)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama tidur</li> <li>2. Anjurkan menetapi kebiasaan waktu tidur Implementasi Keperawatan Implementasi keperawatan digambarkan sebagai serangkaian tindakan perawat yang terkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota</li> <li>3. Anjurkan menghindari Makanan /minuman yang mengganggu tidur</li> </ol>
4.	Ansietas	<p>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku gelisah menurun</li> <li>2. Perilaku tegang menurun</li> </ol>	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> </ol>

		3. Pucat menurun 4. Konsentrasi membaik	2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh Perhatian Edukasi 1. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 2. Anjurkan mengungkapkan Perasaan dan persepsi 3. Latih teknik relaksasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
--	--	--	---

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan digambarkan sebagai serangkaian tindakan perawat yang terkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim perawatan medis lainnya dengan tujuan membantu memecahkan masalah kesehatan pasien sesuai dengan rencana yang telah ditentukan dan kriteria hasil sambil terus mengobservasi dan mendokumentasikan bagaimana pasien berespons terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan (Fauziah, 2023).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Proses yang bertujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi terbagi menjadi dua (Nursalam, 2015).

##### a. Evaluasi formatif

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

##### b. Evaluasi sumatif

Evaluasi merupakan tahap kelima dan terakhir dari proses keperawatan, dalam konteks ini aktivitas yang terencana,

berkesinambungan dan terarah dimana pasien dan tenaga Kesehatan menentukan kemajuan pasien dalam mencapai tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. Perawat harus mengamati dengan cermat dan mengetahui respons apa yang diharapkan berdasarkan jenis terapi nyeri, waktu pengobatan, keadaan fisiologis cedera atau penyakit dan respon pasien sebelumnya. Penentuan hasil evaluasi dilakukan dengan melakukan perbandingan antara SOAP dan tujuan serta kriteria hasil yang ditetapkan.

- 1) S (*Subjective*): Informasi yang didapatkan melalui ungkapan dari pasien sesuai tindakan keperawatan.
- 2) O (*Objective*): Informasi yang diperoleh berupa hasil pengamatan, penelitian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat sesuai dilakukannya tindakan keperawatan.
- 3) A (*Analysis*): Melakukan perbandingan antara informasi subjektif dan objektif dengan berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).
- 4) P (*Planning*): Intervensi keperawatan yang akan dilakukan sebagai tindak lanjut dari hasil analisa kriteria hasil yang harus dicapai setelah melakukan tindakan keperawatan diantaranya, (TIM POKJA SLKI DPP PPNI, 2018): keluhan nyeri menurun (5), meringis menurun (5), gelisah menurun (5), kesulitan tidur menurun (5), dan frekuensi nadi membaik (5).