

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit Gastritis**

##### **1. Pengertian**

Gastritis adalah peradangan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronik, difusi atau lokal. Menurut penelitian sebagian besar gastritis disebabkan oleh infeksi bacterial mukosa lambung yang kronis. Selain itu, beberapa bahan yang sering di makan dapat menyebabkan rusaknya sawar mukosa pelindung lambung (Saputra, 2022)

Gastritis adalah inflamasi mukosa lambung. Gastritis akut berlangsung selama beberapa jam sampai beberapa hari dan sering kali disebabkan oleh diet yang tidak bijaksana (memakan makanan yang mengiritasi dan sangat berbumbu atau makanan yang terinfeksi). Penyebab lain mencakup penggunaan aspirin secara berlebihan dan penggunaan obat anti inflamasi nonstreoid (NSAID) lain, asupan alkohol yang berlebihan, refluks empedu, dan terapi radiasi. Bentuk gastritis akut yang lebih berat disebabkan oleh asam atau alkali yang kuat, yang dapat menyebabkan gangren atau perforasi pada mukosa lambung. Gastritis juga dapat menjadi tanda pertama infeksi sistemik akut (Oktoriana,2019)

Gastritis kronis adalah inflamasi lambung yang berkepanjangan yang mungkin disebabkan oleh ulkus lambung jinak atau ganas atau disebabkan oleh bakteri seperti *Helicobacter pylori*. Gastritis kronis dapat disebabkan oleh penyakit autoimun seperti anemia pernisiiosa, faktor diet seperti kafein, penggunaan obat seperti NSAID atau bifosfonat (mis. alendronat fosamax), risedronat (actonel), ibandronat (bonvial), alkohol, merokok, atau refluks sekresi pankreas dan empedu ke dalam lambungdalam waktu lama. Ulserasi superfisial dapat terjadi dan dapat memicu perdarahan atau hemoragi (Oktoriana,2019).

## 2. Etiologi

Penyebab utama gastritis adalah bakteri *Helicobacter pylori* atau parasit lainnya juga dapat menyebabkan gastritis. Kontributor gastritis akut adalah meminum alkohol secara berlebihan, infeksi dari kontaminasi makanan yang dimakan, dan penggunaan kokain Kortikosteroid juga dapat menyebabkan gastritis seperti NSAID aspirin dan ibuprofen. (Mustakim, 2019) penyebab dari gastritis yaitu:

- a. Mengonsumsi obat-obatan kimia digitalis (asetaminofen atau aspirin, steroid kosteroid). Asetaminofen dan kortikosteroid juga dapat menimbulkan iritasi terhadap mukosa lambung.
- b. Mengonsumsi alkohol bisa menimbulkan kerusakan pada mukosa gaster.
- c. Terapi radiasi, reflux empedu, zat-zat korosif (cuka, lada) bisa menimbulkan kerusakan pada mukosa gaster dan menyebabkan edema dan pendarahan.
- d. Kondisi stress dan tertekan (trauma, luka bakar, kemoterapi, serta kerusakan susunan saraf pusat) dapat merangsang peningkatan produksi HCl lambung
- e. Infeksi adanya bakteri *Helicobavter pylori*, *Escheria coli*, *Salmonella*, dan lain-lain.
- f. Penggunaan antibiotik, terutama untuk infeksi pada paru-paru, dicurigai bisa mempengaruhi penularan kuman di komunitas, karena antibiotic tersebut mampu meradikasi infeksi *Helicobacter pylori*, walaupun presentase keberhasilannya tergolong sangat rendah.
- g. Jamur yang berasal dari spesies *Candida*, seperti *Histoplasma* bisa menyebabkan infeksi pada mukosa lambung hanya pada immunocompromized. Pada pasien yang mempunyai system imun yang baik biasanya tidak terinfeksi jamur. Sama halnya dengan jamur, muksa gaster bukan tempat yang mudah terkena infeksi parasit

### 3. Patofisiologi

Patofisiologi gastritis adalah mukosa barier lambung pada umumnya melindungi lambung dari pencernaan terhadap lambung itu sendiri, prostaglandin memberikan perlindungan ini ketika mukosa barier rusak maka timbul peradangan pada mukosa lambung (gastritis). Setelah barier ini rusak terjadilah perlukaan mukosa yang dibentuk dan diperburuk oleh histamin dan stimulasi saraf cholinergic. kemudian HCl dapat berdifusi balik ke dalam mucus dan menyebabkan luka pada pembuluh yang kecil, dan mengakibatkan terjadinya bengkak, perdarahan, dan erosi pada lambung. Alkohol, aspirin, refluksi isi duodenal diketahui sebagai penghambat difusi barier.

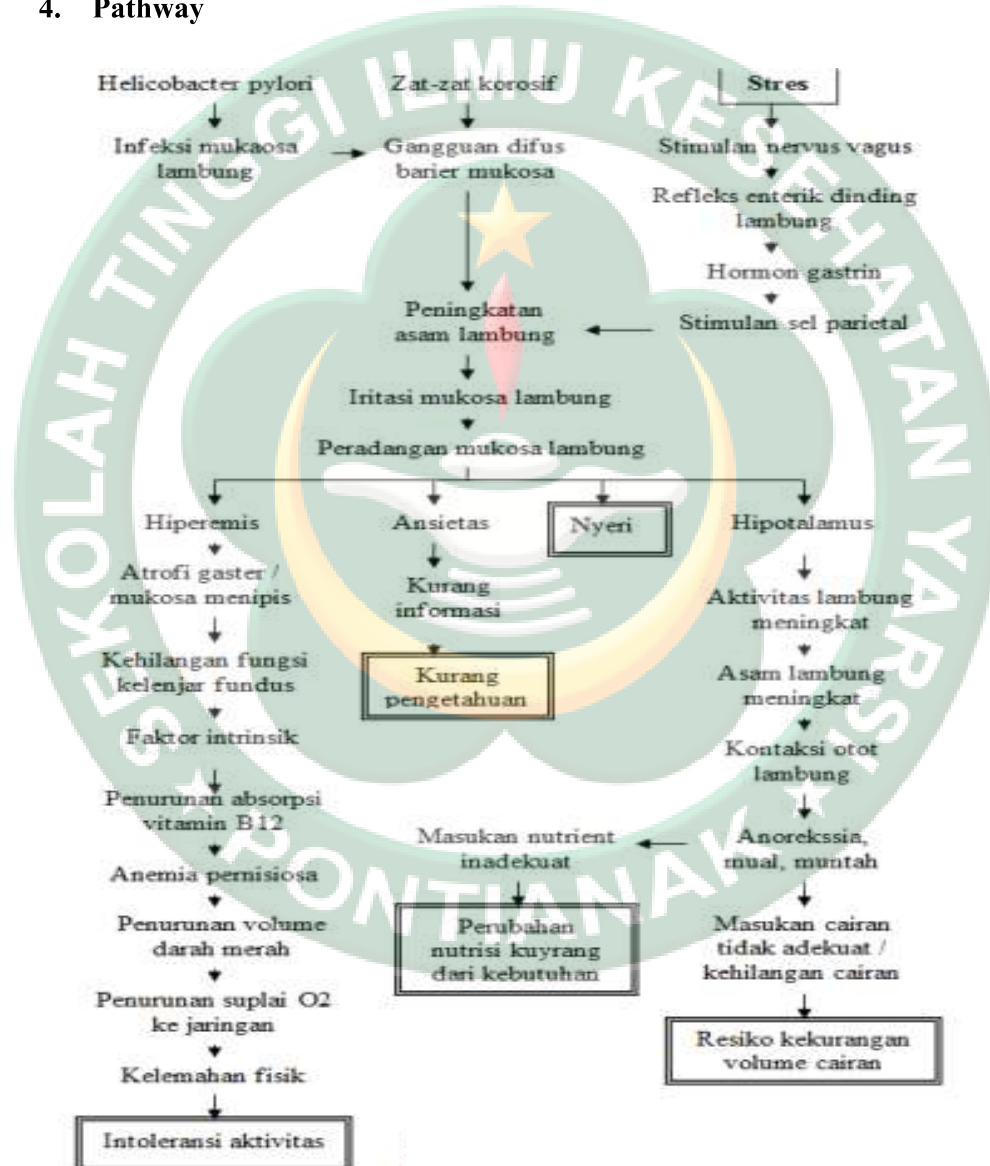
Perlahan-lahan patologi yang terjadi pada gastritis termasuk kongesti vaskuler, edema, peradangan sel superfisial. Manifestasi patologi awal dari gastritis adalah penebalan. Kemerahan pada membran mukosa dengan adanya tonjolan. Sejalan dengan perkembangan penyakit dinding dan saluran lambung menipis dan mengecil, atrofi gastrik progresif karena perlukaan mukosa kronik menyebabkan fungsi sel utama parietal memburuk.

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

Gastritis kronik disebabkan oleh gastritis akut yang berulang sehingga terjadi iritasi mukosa lambung yang berulang-ulang dan terjadi penyembuhan yang tidak sempurna akibatnya akan terjadi atrofi kelenjar epitel dan hilangnya sel parietal dan sel chief. Karena sel parietal dan sel

chief hilang maka produksi HCl, pepsin dan fungsi intrinsik lainnya akan menurun dan dinding lambung juga menjadi tipis serta mukosanya rata. Gastritis itu bisa sembuh dan juga bisa terjadi perdarahan serta formasi ulser.(Avtarina, 2021)

#### 4. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Gastritis

(arif setyobudi, 2022)

## 5. Klasifikasi Gastritis

### a. Gastritis Akut

Gastritis akut adalah inflamasi akut mukosa lambung pada sebagian besar merupakan penyakit yang ringan dan sembuh sempurna. Salah satu bentuk gastritis akut yang manifestasi klinisnya adalah: Gastritis akut erosif disebut erosif apabila kerusakan yang terjadi tidak lebih dalam dari pada mukosa muscolaris (otot-otot pelapis lambung) sedangkan gastritis akut hemoragic disebut hemoragic karena pada penyakit ini akan dijumpai perdarahan mukosa lambung yang menyebabkan erosi dan perdarahan mukosa lambung dalam berbagai derajat dan terjadi erosi yang berarti hilangnya kontinuitas mukosa lambung pada beberapa tempat, menyertai inflamasi pada mukosa lambung tersebut (Anggraeni,2020)

### b. Gastritis Kronis

Gastritis kronis adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun. Gastritis kronik diklasifikasikan dengan tiga perbedaan sebagai berikut :

- 1) Gastritis superfisial, dengan manifestasi kemerahan ; edema , sertaperdarahan dan erosi mukosa.
- 2) Gastritis atrofik, dimana peradangan terjadi di seluruh lapisan mukosa pada perkembanganya dihubungkan dengan ulkus dan kanker lambung, serta anemia pernisiiosa. Hal ini merupakan karakteristik dari penurunan jumlah sel parietal dan sel chief.
- 3) Gastritis hipertrofik, suatu kondisi dengan terbentuknya nodul-nodul pada mukosa lambung yang bersifat iregular, tipis, dan hemoragik

## 6. Manifestasi Klinis

Gambaran klinis gastritis akut erosif sangat bervariasi, mulai dari yang sangat ringan asimptomatik sampai sangat berat yang dapat membawa kematian. Manifestasi tersebut adalah:

- a. Muntah darah
- b. Nyeri epigastrium
- c. Neusa dan rasa ingin vomitus
- d. Nyeri tekan yang ringan pada epigastrium

Pada pemeriksaan fisik biasanya tidak ditemukan kelainan, kecuali mereka yang mengalami perdarahan hebat hingga menimbulkan gangguan hemodinamik yang nyata seperti hipotensi, pucat, keringat dingin, takikardi sampai gangguan kesadaran (arif setyobudi, 2022)

#### **7. Pemeriksaan Diagnostik**

- a. Endoskopi, khususnya gastroduodenoskopi. Hasil pemeriksaan akan ditemukan gambaran mukosa sembab, merah, mudah berdarah atau terdapat perdarahan spontan, erosi mukosa yang bervariasi.
- b. Histopatologi. Pada pemeriksaan histopatologi kerusakan mukosa karena erosi tidak pernah melewati mukosa muskularis. Ciri khas gastritis erosif ialah sembuh sempurna dan terjadi dalam waktu yang relatif singkat. Oleh karena itu pemeriksaan endoskopi, sebaiknya dilakukan seawal mungkin.
- c. Radiologi dengan kontras ganda, meskipun kadang dilakukan tapi tidak maksimal
- d. Laboratorium Pemeriksaan laboratorium tidak terlalu spesifik untuk penderita gastritis, tetapi dapat dilakukan untuk melihat adanya anemia bila terjadi perdarahan. Batas serum gastrin biasanya menurun atau normal. Serum vitamin B 12 dapat dikaji untuk melihat kekurangan vitamin B 12. (Siswandana, 2018)

#### **8. Penatalaksanaan Medis menurut Solihah (2017)**

- a. Istirahat baring
- b. Diet makanan cair, setelah hari ketiga boleh makan makanan lunak. Hindari bahan-bahan yang merangsang.

- c. Bila mual muntah, dapat diberikan antiemetik seperti dimenhidrinat 50 – 100 mg per-os atau klorpromazin 10-20 mg per-os. Bila disebabkan oleh kuman-kuman, berikan antibiotika yang sesuai.
- d. Bila nyeri tidak hilang dengan antasida, berikan oksitosin tablet 15 menit sebelum makan.
- e. Berikan obat antikolinergik bila asam lambung berlebihan

### 9. Komplikasi

- a. Gastritis akut Komplikasi yang dapat di timbulkan oleh gastritis akut adalah perdarahan saluran cerna bagian atas (SCBA) berupa haematomesis dan melena, dapat berakhir dengan shock hemoragik. Khusus untuk perdarahan SCBA, perlu di bedakan dengan tukak peptic. Gambaran klinis yang di perlihatkan hampir sama. Namun pada tukak peptic penyebab utamanya adalah Helicobacter Pylory, sebesar 100 % pada tukak duodenum dan 60-90 % pada tukak lambung. Diagnosis pasti dapat di tegakkan dengan endoskopi (Santoso,2020)
- b. Gastritis kronis Perdarahan saluran cerna bagian atas, ulkus, ferporasi dan anemia karena gangguan absorpsi vitamin B12

### 10. Penatalaksanaan

Pengobatan pada gastritis meliputi:

- a. Antikoagulan bila ada pendarahan pada lambung.
- b. Antasida pada gastritis yang parah, cairan dan elektrolit diberikan intravena untuk mempertahankan keseimbangan cairan sampai gejala-gejala mereda, untuk gastritis yang tidak parah diobati dengan antasida dan istirahat.
- c. Histonin ranitidin dapat diberikan untuk menghambat pembentukan asam lambung dan kemudian menurunkan iritasi lambung.
- d. Sulcralfate diberikan untuk melindungi mukosa lambung dengan cara menyelimutinya, untuk mencegah difusi kembali asam dan pepsin yang menyebabkan iritasi.

- e. Pembedahan untuk mengangkat gangrene dan perforasi, Gastrojejunuskopi/reseksi lambung: mengatasi obstruksi pilorus (Hasniah,2019)

## **B. 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 tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Nyeri akut dapat menjadi nyeri kronis bila terjadi abnormalitas dalam proses penyembuhan penyakit atau akibat pengobatan nyeri yang tidak adekuat. Pasien kanker harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan tentang cara mendapatkan, mengonsumsi, mengatasi efek samping obat, dan tahu apa yang harus dilakukan jika nyeri tidak berkurang (Laifil, 2022)

### 2. Etiologi Nyeri

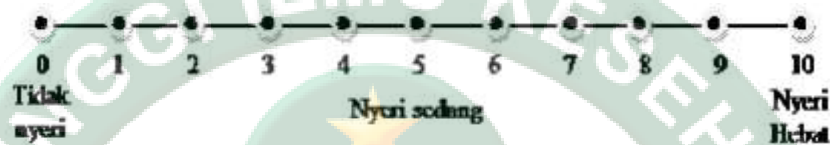
Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) penyebab nyeri akut adalah a. Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma) b. Agen pencedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan) c. gen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

### 3. Pengukuran Intesitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang 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 respon fisiologis tubuh terhadap nyeri, namun pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri. (Erni et al., 2020)

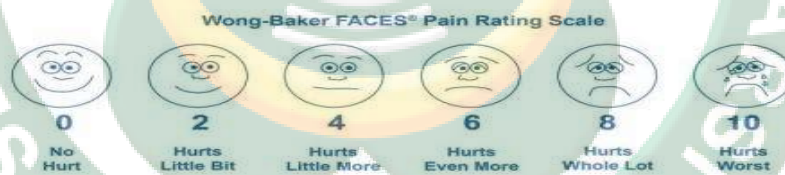
#### 4. Skala penilaian nyeri

- a. Skala penilaian numerik (Numerical Rating Scale – NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi data. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 – 10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.



Gambar 2.2 Numerical Rating Scale

Wong-baker pain rating scale adalah metode perhitungan skala nyeri yang di ciptakan dan dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Cara mendeteksi skala nyeri dengan metode ini yaitu dengan melihat ekspresi wajah yang sudah dikelompokkan ke dalam beberapa tingkatan rasa nyeri



Gambar 2.3 Wong-Baker Pain Rating Scale

- c. Skala analog visual

Skala analog visual (Visual Analogue Scale – VAS) tidak melabel subdivisi. VAS merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberikan klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.



Gambar 2.4 Visual Analog Scale (VAS)

d. Skala nyeri menurut Bourbonis

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak menghabiskan waktu banyak saat klien melengkapinya.



Gambar 2.5 Skala Nyeri Menurut Bourbonis

## 5. Tanda dan Gejala

Menurut Fadillah, dkk (2018), data mayor dan minor pada nyeri akut

Tabel 2.1 tanda dan gejala

Tanda dan gejala mayor	
Subjektif	Objektif
Mengeluh nyeri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak meringis</li> <li>• Bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>• Gelisah</li> <li>• Frekuensi nadi meningkat</li> <li>• Sulit tidur</li> </ul>
Tanda dan gejala minor	
-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah meningkat</li> <li>• Pola nafas berubah</li> <li>• Nafsu makan berubah</li> <li>• Proses berpikir terganggu</li> <li>• Menarik diri</li> <li>• Berfokus pada diri sendiri</li> <li>• Diaforesis</li> </ul>

## 6. Kondisi Klinis Terkait Nyeri

Menurut Fadillah (2017), beberapa kondisi klinis terkait dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu :

- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis.
- c. Infeksi.
- d. Sindrom koroner akut.
- e. Glaukoma.

## 7. Penatalaksanaan Nyeri Akut

- a. Mengurangi faktor yang dapat menambah nyeri, misalnya ketidakpercayaan, kesalahpahaman, ketakutan, dan kelelahan.
- b. Memodifikasi stimulus nyeri dengan menggunakan teknik – teknik nonfarmakologis seperti:

- 1) Teknik latihan pengalihan:

- a) Menonton televisi.
- b) Berbincang – bincang dengan orang lain.
- c) Mendengarkan musik.

- 2) Teknik relaksasi

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

- 3) Stimulasi kulit:

- a) Menggosok dengan halus pada daerah nyeri.
- b) Menggosok punggung.
- c) Mengompres dengan air hangat atau dingin.
- d) Memijat dengan air mengalir.

- 4) Pemberian obat analgesik

Merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri karena obat ini memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan

persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri. Walaupun analgesik dapat menghilangkan nyeri dengan efektif, perawat dan dokter masih cenderung tidak melakukan upaya analgesik dalam penanganan nyeri karena informasi obat yang tidak benar, karena adanya kekhawatiran klien akan mengalami ketergantungan obat, cemas akan melakukan kesalahan dalam menggunakan analgesik narkotik, dan pemberian obat yang kurang dari yang diresepkan. Ada 3 jenis analgesik seperti non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgesik narkotik atau opiate, dan obat tambahan (adjuvant) atau koanalgesik.

5) Pemberian stimulator listrik

Memblok atau mengubah stimulus nyeri dengan stimulus yang di rasakan. Bentuk stimulator metode stimulus listrik meliputi:

- a) Transcutaneous electrical stimulator (TENS), digunakan untuk mengendalikan stimulus manual daerah nyeri tertentu dengan menempatkan beberapa electrode di luar.
- b) Percutaneous implanted spinal cord epidural stimulator merupakan alat stimulator sumsum tulang belakang dan epidural yang di implan dibawah kulit dengan transistor timah penerima yang dimasukkan ke dalam kulit pada daerah epidural dan columna vertebrae.
- c) Stimulator columna vertebrae merupakan sebuah stimulator dengan stimulus alat penerima transistor dicangkok melalui kantung kulit intra clavicula atau abdomen yaitu electrode di tanam melalui pembedahan pada dorsum sumsum tulang belakang.

## C. Konsep Relaksasi nafas dalam

### 1. Pengertian

Relaksasi nafas adalah pernafasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama dan nyaman yang dilakukan dengan

memejamkan mata. Teknik relaksasi nafas dalam juga merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Aprilia et al., 2023)

Teknik relaksasi meliputi berbagai metode untuk perlambatan bawah tubuh dan pikiran. Meditasi, relaksasi otot progresif, latihan pernafasan, petunjuk gambar merupakan teknik relaksasi yang sering digunakan dalam pengaturan klinis klien untuk membantu reaksi stres dan mengatur kesejahteraan secara keseluruhan. Distraksi atau pengalihan perhatian akan menstimulasi kontrol desenden, yaitu suatu sistem serabut yang berasal dari dalam otak bagian bawah dan bagian tengah dan berakhir pada serabut interneural inhibitor dalam kornudorsalis dari medulla spinalis, yang mengakibatkan berkurangnya stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak (Wijayanti, 2015)

2. Manfaat terapi relaksasi nafas dalam
  - a. Mendapatkan perasaan yang nyaman dan tenang
  - b. Mengurangi nyeri
  - c. Mengurangi stress
  - d. Melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri
  - e. Mengurangi kecemasan yang memburuk persepsi nyeri
  - f. Relaksasi nafas dalam mempunyai efek distraksi atau pengalihan perhatian.
  
3. Indikasi terapi relaksasi nafas dalam
  - a. pasien yang mengalami nyeri akut tingkat ringan sampai dengan sedang akibat penyakit yang kooperatif
  - b. pasien dengan nyeri kronis ( nyeri punggung)

- c. Nyeri pasca operasi
  - d. Pasien yang mengalami stress
4. Kontraindikasi terapi relaksasi nafas dalam  
Terapi relaksasi nafas dalam tidak diberikan pada klien yang mengalami sesak nafas.
  5. Teknik Terapi relaksasi nafas dalam  
Prosedur teknik relaksasi napas dalam menurut Zalila (2023)  
Bentuk pernapasan yang digunakan pada prosedur ini adalah pernapasan diafragma yang mengacu pada pendataran kubah diafragma selama inspirasi yang mengakibatkan pembesaran abdomen bagian atas sejalan dengan desakan udara masuk selama inspirasi. Adapun langkah-langkah teknik relaksasi napas dalam adalah sebagai berikut :
    - a) Ciptakan lingkungan yang tenang
    - b) Usahakan tetap rileks dan tenang
    - c) Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
    - d) Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
    - e) Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
    - f) Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
    - g) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
    - h) Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
    - i) Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri
    - j) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
    - k) Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.

#### **D. Konsep dasar Kompres Hangat**

##### **1. Definisi Kompres Hangat**

Kompres hangat adalah tindakan memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada

bagian tubuh tertentu yang memerlukan (Prihandhani,2016). Terapi kompres hangat merupakan tindakan dengan memberikan kompres hangat yang bertujuan memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat(Khomariyah et al., 2021)

Kompres hangat merupakan metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri (Milda,2019)

## 2. Tujuan

(Cantika et al., 2020) menjelaskan tujuan pemberian kompres hangat sebagai berikut:

- a. Merangsang sirkulasi dengan mendilatasi pembuluh-pembuluh darah
- b. Meredakan nyeri dan bendungan dengan memperlancar aliran darah
- c. Memberikan kehangatan dan kenyamanan
- d. Merangsang penyembuhan
- e. Meringankan retensi urine
- f. Meringankan spasme otot
- g. Mengurangi pembengkakan jaringan
- h. Untuk mengatasi penurunan suhu yang mendadak selama kompres dingin
- i. Menaikkan suhu tubuh pada kasus hipotermia

## 3. Manfaat

Menurut (Cantika et al., 2020) kompres hangat digunakan secara luas dalam pengobatan karena memiliki efek bermanfaat yang besar. Adapun manfaat efek kompres hangat adalah efek fisik, efek kimia, dan efek biologis sebagai berikut :

- a. Efek fisik : Panas dapat menyebabkan zat cair, padat, dan gas mengalami pemuaian ke segala arah.

- b. Efek kimia : Bahwa rata-rata kecepatan reaksi kimia didalam tubuh tergantung pada temperatur. Menurunnya reaksi kimia tubuh sering dengan menurunnya temperatur tubuh. Permeabilitas membran sel akan meningkat sesuai dengan peningkatan suhu, pada jaringan akan terjadi peningkatan metabolisme seiring dengan peningkatan pertukaran antara zat kimia tubuh dengan cairan tubuh.
- c. Efek biologis : Panas dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah. Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu menyebabkan pembuluh darah menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler. Respon dari panas inilah yang digunakan untuk keperluan terapi pada berbagai kondisi dan keadaan yang terjadi dalam tubuh. Panas menyebabkan vasodilatasi maksimum dalam waktu 15 lebih dari 20 menit, elakukan kompres akan mengakibatkan kongesti jaringan dan klien akan beresiko mengalami luka bakar karena pembuluh darah yang berkonstriksi tidak mampu membuang panas secara adekuat melalui sirkulasi darah.

#### 4. Cara pemberian kompres hangat

- a. Siapkan alat dan bahan
  - 1) Hot water bag (buli-buli) atau kain yang dapat menyerap air.
  - 2) Air hangat dengan suhu 38o C sampai 40o C.
  - 3) Thermometer air.
  - 4) Baskom dan handuk kering
- b. Tahap kerja
  - 1) Cuci tangan
  - 2) Jelaskan pada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan
  - 3) Masukkan air ke dalam botol atau masukan kain, lalu diperas
  - 4) Tempatkan botol atau kain didaerah yang terasa nyeri dan berikan

- 5) Angkat botol atau kain setelah 15 menit, dan lakukan kompres ulang jika nyeri belum teratasi
- 6) Kaji perubahan yang terjadi selama kompres dilakukan

## 5. Pengaruh kompres hangat

Kompres hangat dapat memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat (Nurseviyanti,2022). Kompres hangat dapat menimbulkan hangat yang dapat memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri.

Prinsip kerja kompres hangat dengan buli-buli hangat yang dibungkus dengan kain yaitu secara konduksi dimana terjadi pemindahan hangat dari buli-buli ke dalam tubuh sehingga akan menyebabkan pelepasan pembuluh darah dan akan terjadi penurunan ketegangan otot sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang. Kompres hangat akan merangsang reseptor panas pada kulit yang nantinya akan menekan reseptor rasa nyeri melalui teori kontrol gerbang sehingga rasa nyeri dapat terblokir (Sari et al., 2023)

Teori gate control mengatakan bahwa stimulus kulit mengaktifkan transmisi serabut saraf sensoris A-beta yang lebih besar dan cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan A berdiameter kecil, gerbang sinaps menutup transmisi impuls nyeri. Kompres menggunakan air hangat akan meningkatkan aliran darah, dan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi, seperti bradikinin, histamin, dan prostaglandin yang menimbulkan nyeri lokal. Panas akan merangsang serabut saraf yang menutup gerbang sehingga transmisi impuls nyeri ke medula spinalis dan ke otak dihambat.

Penggunaan dari kompres hangat dapat membuat sirkulasi darah lancar, vaskularisasi lancar dan terjadi vasodilatasi yang membuat relaksasi pada otot karena otot mendapat nutrisi yang dibawa oleh darah sehingga kontraksi otot menurun (Ambarsari,2022). Komariyah,2021 juga

berpendapat bahwa kompres hangat digunakan untuk meningkatkan aliran darah yang dapat meningkatkan suplai oksigen dan nutrisi pada jaringan. Panas juga meningkatkan elastisitas otot sehingga mengurangi kekakuan otot.

#### **E. Konsep Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan adalah suatu metode terstruktur yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan oleh perawat dan menjalin kerjasama dengan pasien (baik itu individu, keluarga, dan masyarakat). Proses keperawatan memiliki tujuan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan melalui pengkajian, menentukan Diagnosis, menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan, melakukan rencana tindakan yang disusun kemudian mengevaluasi hasil rangkaian tindakan asuhan keperawatan yang telah diberikan pada pasien (Siswandana, 2018)

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

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari rangkaian proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien

##### **a. Identitas**

Pengambilan data pada poin ini bisa dilakukan dengan metode wawancara atau juga bisa melalui data rekam medis klien, meliputi : nama, umur, alamat, jenis kelamin, status pekerjaan, status perkawinan, dan agama.

##### **b. Keluhan utama**

Keluhan utama yaitu keluhan yang dirasakan oleh klien, pada kasus penyakit gastritis terdapat nyeri di epigastrium/ulu hati

##### **c. Riwayat kesehatan**

1) Riwayat kesehatan sekarang Penjelasan mengenai penyakit yang dirasakan oleh klien sampai dibawa ke rumah sakit.

- 2) Riwayat kesehatan masa lalu Berupa riwayat penyakit yang pernah dialami atau masih dimiliki sebelum keluhan mengenai gastritis muncul.
- 3) Riwayat penyakit keluarga Adakah anggota keluarga lain yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetik.
- 4) Riwayat pengobatan dan alergi Riwayat pengobatan berupa pernah berobat dimana saja, pengobatan yang dilakukan seperti apa, apa saja obat-obatan yang dikonsumsi dan juga apakah ada alergi sebagai efek samping dari konsumsi obat tersebut atau alergi terhadap faktor lain.

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum  
Keadaan umum yang sering dijumpai pada penderita gastritis yaitu lemah.
- 2) Kesadaran Kesadaran yang sering dijumpai yaitu komposmentis atau apatis.
- 3) Tanda-tanda vital Pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, berat badan dan tinggi badan.
- 4) Pemeriksaan Head to Toe Pemeriksaan dari ujung kepala sampai ujung kaki yang berfokus pada daerah yang sakit. Pemeriksaan fisik memerlukan 4 modalitas pemeriksaan dasar, yaitu inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

Pemeriksaan Head to Toe antara lain :

- a) Kepala
  - 1) Inspeksi Bentuk kepala
  - 2) Palpasi Adakah nyeri tekan, benjolan, pembengkakan, lesi
- b) Mata
  - 1) Inspeksi Kesimetrisan, konjungtiva, sklera, pupil
- c) Telinga
  - 2) Inspeksi Kesimetrisan telinga kanan dan kiri, kebersihan telinga, adakah luka

- 3) Palpasi Adakah nyeri tekan, bekas luka, pembengkakan atau benjolan
- d) Hidung
  - 1) Inspeksi Bentuk hidung, kesimetrisan, bekas luka
  - 2) Palpasi Adakah nyeri tekan, benjolan atau pembengkakan
- e) Mulut
  - 1) Inspeksi Warna bibir, kesimetrisan, kelembapan, minta pasien membuka mulut, amati kebersihan gigi, minta pasien menjulurkan lidah, amati warna atau adakah kelainan
- f) Leher
  - 2) Inspeksi Bentuk leher, adakah bekas luka, adakah nodul, lesi atau peningkatan JVP, amati gerakan tiroid (pasien diminta menelan)
  - 3) Palpasi Palpasi kelenjar limfe apakah ada pembesaran, palpasi kelenjar tiroid
- g) Pemeriksaan dada
  - 1) Inspeksi: kesimetrisan, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/ menonjolan. Palpasi: Simetris, pergerakan dada, massa dan lesi, nyeri, tractive fremitus.
  - 2) Perkusi: paru, eksrusi diafragma (konsistensi dan bandingkan satu sisi dengan satu sisi lain pada tinggi yang sama dengan pola berjenjang sisi ke sisi). Normal: resonan batas jantung bunyi rensonan hilang atau redup.
  - 3) Auskultasi: suara nafas, trachea, bronchus, paru (dengarkan dengan menggunakan stetoskop di lapang paru kika, di RIC 1 dan 2, di atas manubrium dan di atas trachea).

#### h) Pemeriksaan Abdomen

1) Inspeksi: kuadran dan simetris, contour, warna kulit, lesi, scar, ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus, dan gerakan dinding perut. Auskultasi: suara peristaltik (bising usus) di semua kuadran (bagian diafragma dari stetoskop) dan suara pembuluh darah dan friction rub :aorta, a.renalis, a. illiaca (bagian bell).

2) Palpasi: semua kuadran (hepar, limfa, ginjal kiri dan kanan): Pada pasien gastritis akan tera nyeri tekan pada bagian epigastrium

3) Perkusi: untuk memperkirakan ukuran hepar, adanya udara pada lambung dan usus (timpani atau redup). Untuk mendengarkan atau mendeteksi adanya gas, cairan atau massa dalam perut-bunyi perkusi pada perut yang normal adalah timpani, tetapi bunyi ini dapat berubah pada keadaankeadaan tertentu misalnya apabila hepar dan limpa membesar, maka bunyi perkusi akan menjadi redup, khususnya perkusi di daerah bawah arkus kosta kanan dan kiri

#### i) Pemeriksaan Genetalia

Menerangkan jenis kelamin klien laki-laki/perempuan

#### j) Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah

Inspeksi: struktur muskuloskeletal : simetris dan pergerakan, integritas kulit, posisi, dan letak, ROM, kekuatan, dan tonus otot. Palpasi: palpasi nyeri tekan, lesi, dan benjolan.

#### k) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita gastritis menurut Zulkhami (2021) dan Doenges (2015) yaitu radiology, Endoskopy, Laboratorium, EGD (Esofagogastriduodenoskopi), dan analisa gester

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien penderita gastritis berdasarkan SDKI (2017) adalah :

- a. Nyeri (akut) berhubungan dengan agen cedera fisiologis (inflamasi mukosa lambung).
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi.
- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.
- d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan proses penyakit

## 3. Intervensi Keperawatan Intervensi pada pasien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut berdasarkan SIKI 2018 adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Nyeri akut	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri menurun</li> <li>b. Meringis menurun</li> <li>c. Sikap protektif menurun</li> <li>d. Gelisah menurun</li> <li>e. Kesulitan tidur menurun</li> <li>f. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>g. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>

		<p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>e. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Defisit nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</p> <p>b. Nyeri abdomen menurun</p> <p>c. Berat badan membaik</p> <p>d. Indeks massa tubuh membaik</p>	<p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi status nutrisi</p> <p>b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>c. Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</p> <p>e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</p> <p>f. Monitor asupan makanan</p> <p>g. Monitor berat badan</p> <p>h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Lakukan oral hygiene sebelum makan. <i>Jika perlu</i></p> <p>b. Fasilitasi menentukan pedoman diet</p> <p>c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>d. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>f. Berikan suplemen makanan</p> <p>g. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p>

		<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan posisi duduk</li> <li>Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</li> <li>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan</li> </ol>
Intoleransi aktivitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Frekuensi nadi meningkat</li> <li>Keluhan lelah menurun</li> <li>Warna kulit membaik</li> </ol>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>Monitor pola dan jam tidur</li> <li>Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif</li> <li>Berikan aktivitas diatraksi yang menenangkan</li> <li>Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat dipindah atau berjalan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan tirah baring</li> <li>Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>
Anxietas/ kecemasan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam kecemasan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>Perilaku gelisah menurun</li> </ol>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p>Terapeutik :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Perilaku tegang menurun</li> <li>d. Konsentrasi membaik</li> <li>e. Pola tidur membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>c. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>d. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>f. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan motivasi mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kecemasan</li> <li>g. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>d. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif</li> <li>e. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>f. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>g. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>h. Latih teknik relaksasi</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas.</li> </ul>
Defisit pengetahuan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perilaku sesuai pengetahuan meningkat</li> <li>b. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</li> <li>c. Perilaku membaik</li> </ul>	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> <li>b. Anjurkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>c. Anjurkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ul>
--	--	---

#### 4. Implementasi

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. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tipe implementasi keperawatan Secara garis besar terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan (arif setyobudi, 2022)

- a. Cognitive implementations yaitu Meliputi pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.
- b. Interpersonal implementations yaitu Meliputi koordinasi kegiatankegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, role model, dan lain lain.

- c. Technical implementations yaitu Meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain

## 5. Evaluasi

Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi terjadi kapan saja perawat berhubungan dengan klien. Penekanannya adalah pada hasil klien. Perawat mengevaluasi apakah perilaku klien mencerminkan suatu kemunduran atau kemajuan dalam diagnose keperawatan (arif setyobudi, 2022)

Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP, yaitu :

- S : Data subyektif merupakan masalah yang diutarakan klien
- O : Data obyektif merupakan tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan.
- A : Analisis dan diagnosa.
- P : Perencanaan merupakan pengembangan rencana untuk yang akan datang dari intervensi.