BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Gastroenteritis Akut

Gastroenteritis Akut (GEA) adalah peradangan pada mukosa lambung dan usus halus yang ditandai dengan diare (buang air besar dengan konsistensi cair) sebanyak 3 kali atau lebih dalam waktu 24 jam, yang dapat disertai mual, muntah, dan nyeri perut (Rao et al., 2024). Pada dewasa, kondisi ini umumnya berlangsung kurang dari 14 hari dan risiko utamanya adalah dehidrasi serta gangguan keseimbangan elektrolit (Nagamine, 2024).

Gastroenteritis merupakan peradangan pada saluran pencernaan yang melibatkan lambung dan usus, ditandai dengan manifestasi klinis berupa diare dan sering kali disertai demam serta muntah. Pada orang dewasa, kondisi ini sering kali bersifat infeksius (virus atau bakteri) dan dapat menimbulkan komplikasi serius berupa abdomen akut serta dehidrasi jika tidak segera ditangani di fasilitas gawat darurat (Tahta Alfina Nuranida, Tati Karyawati, 2025).

2.1.2 Etiologi

Faktor-faktor penyebab gastroenteritis antara lain:

1. Faktor Infeksi menurut Mardelena,(2024)
   a. Infeksi Virus
      1) Rotravirus
         a) Penyebab tersering diare akut pada bayi, sering didahulu atau disertai dengan muntah.
         b) Timbul sepanjang tahun, tetapi biasanya pada musim dingin.
         c) Dapat ditemukan demam atau muntah.
         d) Di dapatkan penurunan HCC
      2) Enterovirus

         Biasanya timbul pada musim panas.

3) Adenovirus

a) Timbul sepanjang tahun.

b) Menyebabkan gejala pada saluran pencernaan/pernapasan.

4) Norwalk

a) Epidemik

b) Dapat sembuh sendiri dalam 24-48 jum

b. Infeksi Bakteri

1) *Shigella*

a) Semusim. puncaknya pada bulan Juli-September

b) Insiden paling tinggi pada umur 1-5 tahun

c) Dapat dihubungkan dengan kejang deman

d) Muntah yang tidak menonjol

e) Sel polos dalam feses

f) Sel batang dalam darah

2) *Salmonella*

a) Semua umur tetapi lebih tinggi di bawah umur 1 tahun.

b) Menembus dinding usus, feses berdarah, mukoid.

c) Mungkin ada peningkatan temperatur

d) Muntah tidak menonjol

e) Sel polos dalam feses

f) Masa inkubasi 6-40 jam, lamanya 2-5 hari.

g) Organisme dapat ditemukan pada feses selama berbulan-bulan.

3) *Escherichia coli*

a) Baik yang menembus mukosa (feses berdarah) atau yang menghasilkan entenoksin.

b) Pasien (biasanya bayi) dapat terlihat sangat sakit.

4) *Campylobacter*

a) Sifatnya invasis (feses yang berdarah dan ber-campur mukus) pada bayi dapat menyebabkan diare berdarah tanpa manifestasi klinik yang lain.

b) Kram abdomen yang hebat.

c) Muntah/dehidrasi jarang terjadi

5) *Yersinia Enterecolitica*

a) Feses mukosa

b) Sering didapatkan sel polos pada feses.

c) Mungkin ada nyeri abdomen yang berat

d) Diare selama 1-2 minggu.

e) Sering menyerupai apendicitis.

2. Faktor Non Infeksi

Malabsorbsi bisa menjadi faktor non infeksi pada pasien gastroenteritis, Malabsorbsi akan karbohidrat disakarida (in-toleransi laktosa, maltosa, dan sukrosa), atau non sakarida (Intoleransi glukosa, fruktusa, dan galaktosa). Penyebab non-infeksi pada bayi dan anak yang menderita gastroenteritis paling sering adalah intoleransi laktosa. Malabsorbsi lain yang umum terjadi adalah malabsorbsi lemak (long chain triglyceride) dan malabsorbsi protein seperti asam amino, atau B-laktoglobulin.

3. Faktor makanan

Makanan basi, beracun, atau alergi terhadap makanan tertentu (*milk alergy, food alergy down milk protein senditive enteropathy/CMPSE*).

4. Faktor Psikologis

Rasa takut dan cemas yang tidak tertangani dapat menjadi penyebab psikologis akan gangguan gastroenteritis

2.1.3 Patofisiologi

Penyebab gastroenteritis akut menurut Mardelena, (2024) adalah masuknya virus (*Rotravirus, Adenovirus enteris, Virus Norwalk*), Bakteri atau toksin (*Compylobacter, Salmonella, Escherihia Coli, Yersinia,* dan lainnya), parasit (*Biardia Lambia*, *Cryptosporidium*). Beberapa mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi pada sel-sel, memproduksi enterotoksin atau *Cytotoksin* dimana merusak sel-sel, atau melekat pada dinding usus pada Gastroenteritis akut.

Penularan gastroenteritis biasa melalui fekal ke oral dari satu penderita ke penderita lain. Beberapa kasus ditemui penyebaran disebabkan oleh makanan dan minuman yang terkontaminasi.Mekanis me dasar penyebab timbulnya gastroenteritis atau diare adalah gangguan osmotic. Ini artinya, makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotic dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus, isi rongga usus berlebihan sehingga timbul diare.Selain itu muncul juga gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat kemudian terjadi diare. Gangguan multilitas usus mengakibatkan hiperperistaltik dan hipoperistaltik.

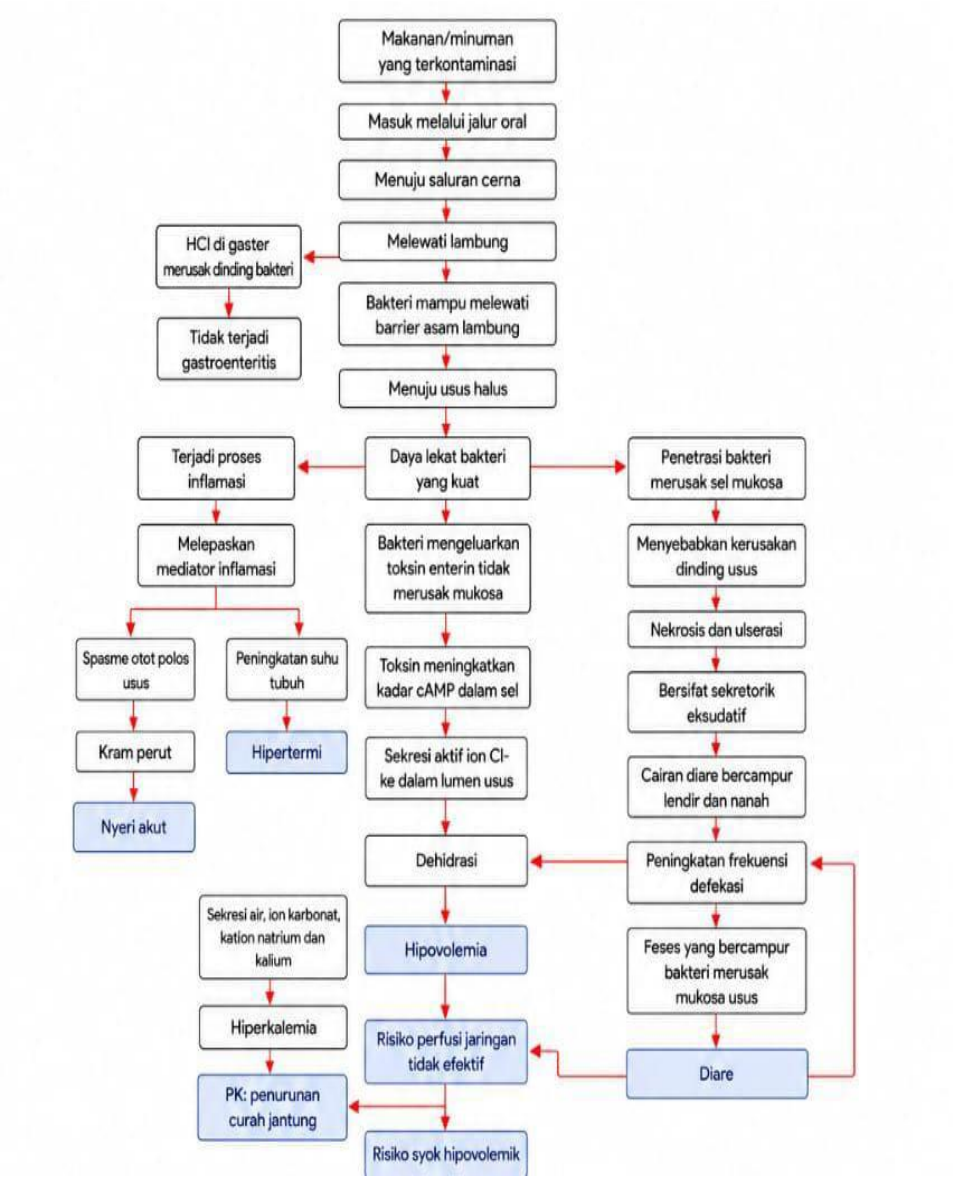
Gastroenteritis dapat menimbulkan gangguan lain dapat menganggu keseimbangan asam basa (asidosis metabolik misalnya kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi). Kondisi ini dan hipokalemian), gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), hipoglikemia, dan gangguan sirkulasi darah.

Secara fisiologis, makanan dan feses bergerak di dalam saluran pencernaan berkat adanya gerakan peristaltik dan segmentasi usus. Jalur ini dapat terganggu apabila bakteri atau virus seperti *Salmonella*, *Escherichia coli*, *Vibrio disentri*, dan *Enterovirus* masuk serta berkembang biak di dalam usus, yang kemudian merangsang usus untuk bergerak lebih aktif (hiperperistaltik). Akibatnya, usus kehilangan banyak cairan beserta elektrolit penting hingga mengakibatkan pasien mengalami dehidrasi. Dehidrasi ini menjadi komplikasi yang paling sering dijumpai ketika cairan dan elektrolit yang terbuang dari tubuh jauh lebih besar dibandingkan dengan cairan yang dikonsumsi.

Dalam konteks kegawatdaruratan, gastroenteritis akut merupakan kondisi yang memerlukan penanganan segera di Instalasi Gawat Darurat (IGD), terutama pada pasien dengan diare dan muntah berulang, tanda-tanda dehidrasi sedang hingga berat, penurunan kesadaran, hipotensi, takikardia, atau syok hipovolemik. Penundaan penatalaksanaan dapat

menyebabkan kegagalan sirkulasi, gangguan fungsi ginjal akut, ketidakseimbangan elektrolit yang berat, hingga kematian. Oleh karena itu, prioritas penanganan di IGD adalah melakukan penilaian cepat terhadap status hidrasi dan hemodinamik pasien, pemberian terapi rehidrasi yang adekuat, koreksi gangguan elektrolit, serta pengendalian gejala seperti mual, muntah, dan nyeri abdomen.

Gambar 2 1 Pathway Gastroenteritis



Sumber: PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.

2.1.4 Tanda Dan Gejala Gastroenteritis

Pada gastroenteritis akut terdapat berbagai tanda dan gejala klinis yang muncul akibat proses inflamasi pada saluran cerna serta kehilangan cairan dan elektrolit. Manifestasi yang sering ditemukan meliputi diare, nyeri atau kram abdomen, mual, muntah, demam, penurunan nafsu makan, tubuh terasa lemas, serta tanda-tanda dehidrasi seperti mukosa mulut kering, turgor kulit menurun, rasa haus meningkat, hingga penurunan tekanan darah pada kondisi yang lebih berat. Apabila kehilangan cairan tidak segera ditangani, pasien dapat mengalami hipovolemia bahkan syok hipovolemik.

Menurut (Mardelena, 2024), tanda dan gejala klinis pada gastroenteritis akut meliputi:

1. Diare

   Diare merupakan gejala utama gastroenteritis yang ditandai dengan buang air besar lebih dari tiga kali dalam 24 jam dengan konsistensi tinja cair atau encer. Pada beberapa kasus, tinja dapat bercampur lendir maupun darah tergantung penyebab infeksi.

2. Nyeri perut (kram abdomen)

   Nyeri abdomen terjadi akibat peningkatan peristaltik usus dan spasme otot polos usus selama proses inflamasi. Nyeri biasanya dirasakan seperti mulas atau melilit dan dapat bersifat hilang timbul maupun menetap.

3. Mual

   Mual muncul sebagai respons terhadap iritasi dan inflamasi pada saluran cerna. Keluhan ini sering mendahului muntah dan menyebabkan nafsu makan menurun.

4. Muntah

   Muntah terjadi akibat stimulasi pusat muntah oleh proses infeksi atau iritasi saluran cerna. Muntah yang berulang dapat memperberat kehilangan cairan dan elektrolit.

5. Demam

Demam merupakan respons tubuh terhadap infeksi yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh akibat pelepasan mediator inflamasi.

6. Nafsu makan menurun (anoreksia)

   Pasien umumnya mengalami penurunan nafsu makan karena mual, muntah, dan rasa tidak nyaman pada abdomen sehingga asupan nutrisi menjadi berkurang.

7. Lemas

   Tubuh terasa lemah akibat kehilangan cairan, elektrolit, dan energi yang terjadi selama diare dan muntah.

8. Dehidrasi

   Dehidrasi ditandai dengan mukosa mulut dan bibir kering, rasa haus meningkat, turgor kulit menurun, mata cekung, serta penurunan jumlah urin. Kondisi ini merupakan salah satu komplikasi yang paling sering terjadi pada gastroenteritis akut.

9. Takikardia

   Peningkatan frekuensi denyut jantung terjadi sebagai mekanisme kompensasi tubuh untuk mempertahankan perfusi jaringan akibat berkurangnya volume cairan intravaskular.

10. Hipotensi

    Penurunan tekanan darah dapat terjadi pada dehidrasi sedang hingga berat akibat berkurangnya volume sirkulasi darah.

11. Hipovolemia

    Hipovolemia merupakan kondisi berkurangnya volume cairan intravaskular akibat kehilangan cairan yang terus-menerus melalui diare dan muntah. Apabila tidak segera ditangani, kondisi ini dapat berkembang menjadi syok hipovolemik.

2.1.5 Derajat Dehidrasi

Menurut Mardelena, (2024) Dehidrasi merupakan salah satu komplikasi gastroentritis Tingkat dehidrasi dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Dehidrasi ringan

   Kehilangan cairan sebanyak 2-5% dari berat badan (rata-rata 25 mL/kgBB) belum menyebabkan pasien mengalami syok. Karakteristik klinisnya meliputi turgor kulit kurang elastis, ubun-ubun dan mata cekung, serta gangguan suara, sementara fungsi berkemih dan refleks minum masih normal.

2. Dehidrasi Sedang

   Kehilangan cairan 5-8% dari berat badan atau rata-rata 75ml/kgBB. Gambaran klinik turgor kulit jelek, suara serak penderita jatuh presyok nadi cepat dan dalam. gelisah, sangat haus, pernapasan agak cepat, ubun-ubun dan mata cekung, kencing sedikit dan minum normal.

3. Dehidrasi Berat

   Kehilangan cairan 8 10% dari berat badan atau rata rata 125ml/kgBB .Gambaran klinik seperti tanda-tanda dehidrasi sedang ditambah dengan kesadaran menurun, apatis sampai koma, otot-otot kaku sampai sianosis, denyut jantung cepat, nadi lemah, tekanan darah turun, warna urine pucat, pernapasan cepat dan dalam, turgor sangat jelek, ubun-ubun dan mata cekung sekali, dan tidak mau minum.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Mardelena, (2024) Pemeriksaan laboratorium yang meliputi:

1. Pemeriksaan Tinja
   a. Makroskopis dan mikroskopis.
   b. pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet dinistest, bila diduga terdapat intoleransi gula.
   c. Bila diperlukan, lakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.
2. Pemeriksaan Darah
   a. pH darah dan elektrolit (Natrium, Kalium, Kalsium, dan Fosfor) dalam serum untuk menentukan keseimbangan asama basa.
   b. Kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
3. Intubasi Duodenum (Doudenal Intubation)

Untuk mengatahui jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

2.1.7 Penatalaksanaan Medis

1. Farmakologis

a. Pemberian Terapi Farmakologis

1). Pemberian antibiotik dilakukan apabila gastroenteritis disebabkan oleh infeksi bakteri dan sesuai dengan indikasi medis.

2). Pemberian antipiretik dan analgetik seperti Paracetamol dapat dilakukan untuk membantu menurunkan demam dan mengurangi nyeri abdomen.

3). Pemberian antiemetik dilakukan untuk mengurangi mual dan muntah yang dialami pasien.

4). Koreksi asidosis metabolik dilakukan apabila pasien mengalami gangguan keseimbangan asam basa akibat kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan.

5). Pemberian probiotik dapat dipertimbangkan untuk membantu memperbaiki keseimbangan flora normal usus.

2. Non-Farmakologis

a. Pemberian Cairan Dan Terapi Rehidrasi

Pemberian cairan dilakukan untuk mengganti cairan tubuh yang hilang akibat proses gastroenteritis akut serta mencegah terjadinya dehidrasi dan gangguan keseimbangan elektrolit. Pada kondisi ringan hingga sedang dapat diberikan cairan rehidrasi oral, sedangkan pada pasien dengan dehidrasi sedang hingga berat diberikan terapi cairan intravena seperti Ringer Laktat atau NaCl 0,9% sesuai kebutuhan pasien.

b. Pengaturan Dietetik

Pemberian makanan dan minuman khusus bertujuan untuk membantu proses penyembuhan serta mempertahankan kebutuhan nutrisi pasien. Hal-hal yang perlu diperhatikan meliputi:

1). Memberikan makanan yang mengandung kalori dan protein yang cukup untuk memenuhi kebutuhan energi tubuh.

2). Memberikan makanan yang bersih, mudah dicerna, serta mengandung vitamin dan mineral yang adekuat.

3). Menghindari makanan yang terlalu pedas, berlemak, atau dapat mengiritasi saluran pencernaan.

4). Menganjurkan pasien untuk mengonsumsi cairan secara bertahap sesuai toleransi tubuh.

c. Monitoring Dan Koreksi Keseimbangan Cairan Serta elektrolit

Pemantauan dilakukan terhadap intake dan output cairan, frekuensi eliminasi, tanda-tanda dehidrasi, serta hasil pemeriksaan elektrolit apabila diperlukan. Koreksi ketidakseimbangan elektrolit dilakukan untuk mencegah komplikasi seperti kelemahan otot, gangguan irama jantung, maupun penurunan kesadaran.

d. Observasi Kondisi Umum Pasien

Pemantauan tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu tubuh, frekuensi napas, tingkat kesadaran, dan kondisi abdomen dilakukan secara berkala untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien serta mendeteksi komplikasi secara dini.

e. Terapi Non-Farmakologis

Selain terapi medis, tindakan non-farmakologis seperti penerapan kompres hangat pada abdomen dapat dilakukan untuk membantu mengurangi nyeri akut akibat spasme otot polos usus, memberikan efek relaksasi, serta meningkatkan kenyamanan pasien selama perawatan.

2.1.8 Komplikasi

Sebagian besar kasus gastroenteritis akut dapat sembuh dengan penatalaksanaan yang tepat. Namun, apabila tidak segera ditangani, kehilangan cairan dan elektrolit yang berlangsung terus-menerus akibat diare dan muntah dapat menimbulkan berbagai komplikasi. Komplikasi

tersebut dapat menyebabkan gangguan fungsi organ bahkan mengancam jiwa (Nagamine, 2024).

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada pasien gastroenteritis akut meliputi:

1. Dehidrasi

   Dehidrasi merupakan komplikasi paling sering pada gastroenteritis akut akibat kehilangan cairan dan elektrolit melalui diare dan muntah. Kondisi ini dapat menyebabkan penurunan volume cairan tubuh dan mengganggu fungsi organ jika tidak segera ditangani (Putri et al., 2020)

2. Syok Hipovolemik

   Syok hipovolemik terjadi akibat kehilangan cairan dalam jumlah besar yang menyebabkan volume darah menurun sehingga perfusi jaringan tidak adekuat. Kondisi ini ditandai dengan hipotensi, takikardia, penurunan kesadaran, hingga kegagalan organ apabila tidak segera dilakukan resusitasi cairan (Subagya et al., 2020)

3. Kejang

   Pada pasien gastroenteritis akut, kejang sering berkaitan dengan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit akibat dehidrasi. Perubahan konsentrasi ion tersebut dapat mengganggu fungsi saraf dan memicu aktivitas listrik abnormal pada neuron yang berujung pada kejang (Wibowo et al., 2020).

4. Bakterimia

   Bakterimia terjadi ketika bakteri dari saluran pencernaan masuk ke dalam aliran darah akibat kerusakan mukosa usus. Kondisi ini dapat menyebabkan infeksi sistemik dan meningkatkan risiko terjadinya sepsis (Astri Pinilih, 2024)

5. Mal nutrisi

   Malnutrisi pada pasien gastroenteritis akut terjadi karena adanya gangguan penyerapan nutrisi di usus serta hilangnya zat gizi akibat diare yang berlangsung terus-menerus. Kondisi ini dapat

menyebabkan penurunan berat badan dan menurunkan daya tahan tubuh pasien (Subagya et al., 2020)

6. Hipoglikemia

   Hipoglikemia dapat terjadi karena penurunan asupan makanan serta meningkatnya kebutuhan energi selama proses infeksi. Kondisi ini menyebabkan kadar glukosa darah menurun sehingga dapat menimbulkan kelemahan, penurunan kesadaran, dan komplikasi apabila tidak segera ditangani (Nimah et al., 2023)

7. Intoleransi sekunder akibat kerusakan mukosa usus.

   Intoleransi sekunder terjadi karena adanya kerusakan pada lapisan mukosa usus yang mengganggu produksi enzim pencernaan, seperti laktase. Akibatnya, proses penyerapan nutrisi menjadi tidak optimal dan kondisi diare dapat semakin memburuk (Subagya et al., 2020)

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang sangat subjektif, di mana skala dan tingkatannya berbeda-beda bagi setiap orang. Oleh karena itu, hanya individu yang bersangkutan yang dapat menggambarkan dan mengevaluasi rasa nyeri tersebut (Güler, 2025).

Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan yang dipicu oleh kerusakan jaringan secara aktual maupun potensial. Kondisi ini dapat muncul secara mendadak atau lambat dengan intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat, namun memiliki akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Keperawatan Medikal Bedah, 2017).

Nyeri merupakan kondisi tidak nyaman yang dipicu oleh stimulasi fisik atau hantaran sinyal dari serabut saraf tubuh menuju otak. Kondisi ini umumnya disertai dengan manifestasi berupa reaksi fisik, emosional, hingga psikologis dari individu yang mengalaminya

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik maupun emosional yang timbul akibat kerusakan jaringan, baik secara aktual maupun fungsional. Kondisi ini dapat muncul dengan onset mendadak atau lambat, memiliki intensitas yang berkisar dari ringan hingga berat, dan berlangsung dalam waktu kurang dari 3 bulan (DPP PPNI, 2017).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Menurut Andarmoyo (2018), Klasifikasi nyeri dibagi menjadi:

a) Berdasarkan durasi

1. Nyeri akut

   Nyeri akut merupakan jenis nyeri yang timbul akibat suatu penyakit atau intervensi pembedahan, dengan tingkat intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat serta durasi yang cenderung singkat. Kondisi ini bersifat *self-limiting* (dapat membaik dengan sendirinya), di mana rasa nyeri akan mereda seiring dengan pulihnya kerusakan jaringan pada lokasi yang terdampak, bahkan tanpa intervensi obat-obatan

2. Nyeri kronik

   Berbeda dengan nyeri akut, nyeri kronik merupakan kondisi nyeri yang terjadi secara terus-menerus dan menetap sepanjang waktu. Gangguan ini dapat berlangsung selama lebih dari 6 bulan dengan tingkat intensitas yang bervariasi bagi setiap individu.

3. Respon Nyeri

   Menurut Andarmoyo (2018) respon nyeri dibagi menjadi 2 respon yaitu:

   - Respon fisiologis nyeri

     Respon fisiologis terhadap nyeri dinilai sebagai indikator yang lebih objektif dan akurat dibandingkan dengan pernyataan verbal pasien. Oleh karena itu, manifestasi fisik ini digunakan sebagai informasi alternatif bagi klien yang mengalami penurunan kesadaran atau mereka yang mengalami hambatan dalam berkomunikasi secara verbal.

- Respon perilaku

  Respon perilaku individu terhadap nyeri sangat bervariasi. Manifestasi tersebut dapat berupa vokalisasi (seperti mengaduh atau menangis), ekspresi wajah (seperti meringis), serta gerakan tubuh yang menunjukkan kegelisahan. Selain itu, nyeri juga dapat memengaruhi interaksi sosial pasien, salah satunya ditunjukkan dengan kecenderungan menghindari percakapan atau interaksi interpersonal.

2.2.3 Pengukuran Skala Nyeri

Intensitas nyeri diperoleh melalui laporan mandiri (*self-report*) dari pasien. Perawat dapat mendokumentasikan data ini dengan meminta pasien mengukur rasa sakit mereka menggunakan skala nyeri yang tersedia. Namun, individu yang sedang menahan nyeri sering kali mengalami penurunan konsentrasi untuk melakukan proses mental, termasuk kesulitan dalam merespons skala yang bersifat imajiner. Oleh karena itu, penyediaan salinan skala intensitas nyeri yang ditempelkan secara jelas di dinding area tempat tidur pasien terbukti sangat efektif untuk membantu proses evaluasi di rumah sakit. (Dwita, 2023).

Numeric Rating Scale (NRS) merupakan instrumen pengukur kualitas nyeri yang menggunakan rentang angka 0 hingga 10. Skala ini dinilai lebih mudah dipahami oleh pasien serta memiliki sensitivitas yang baik terhadap faktor jenis kelamin, etnis, hingga dosis obat. Selain itu, NRS terbukti lebih efektif dalam mendeteksi penyebab nyeri akut dibandingkan dengan *Visual Analogue Scale* (VAS) dan *Verbal Rating Scale* (VRS). Kendati demikian, kelemahan skala ini terletak pada keterbatasan deskripsi kata untuk menggambarkan karakteristik nyeri secara mendalam, sehingga kurang memfasilitasi pembedaan tingkat keparahan secara mendetail. Pada aplikasinya, angka 0 merepresentasikan kondisi bebas nyeri, sedangkan angka 10 menggambarkan tingkat nyeri yang sangat hebat.

Gambar 2 2 Skala Nyeri



1) Skala 0 artinya tidak nyeri
2) Skala 1-3 artinya nyeri dengan tingkat ringan dan pasien dapat mentoleransi nyeri
3) Skala 4-6 artinya nyeri dengan tingkat sedang dan pasien tampak merintih kesakitan dan tampak memegang lokasi nyeri
4) Skala 7-9 artinya nyeri dengan tingkat berat dan pada tingkat ini pasien sudah mengeluh sakut serta nyeri samjpai menganggu aktivitasnya
5) Skala 10 artinya dengan tingkat sangat berat dan pasien sudah tidak lagi bisa mengontrol rasa nyerinya

Data mayor dan minor

Menurut (PPNI, 2017) nyeri memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut:

1. Data mayor
   a. Subjektif
      (1) Mengeluh nyeri
   b. Objektif
      (1) Tampak meringis
      (2) Bersikap proyektif (waspada dan menghindari nyeri)
      (3) Gelisah
      (4) Frekuensi nadi meningkat
      (5) Sulit tidur
2. Data minor
   a. Subjektif
      (Tidak tersedia)
   b. Objektif
      (1) Pola nafas berubah

(2) Tekanan darah meningkat

(3) Nafsu makan berubah

(4) Proses berpikir terganggu

(5) Menarik diri

(6) Berfokus pada diri sendiri

2.2.4 Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Pengalaman nyeri individu dapat dipengaruhi oleh sebagai berikut (Kasiati, 2016);

a. Makna nyeri bersifat sangat individual dan cenderung dipersepsikan secara negatif oleh sebagian besar orang, seperti sesuatu yang bersifat merusak atau membahayakan. Persepsi subjektif mengenai arti nyeri ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, meliputi usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, serta pengalaman masa lalu individu tersebut.

b. Persepsi nyeri merupakan proses penilaian yang sangat subjektif dan berpusat pada fungsi evaluatif kognitif individu. Proses pemaknaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor yang berkontribusi dalam memicu stimulasi pada reseptor nyeri (*nociceptor*).

c. Toleransi nyeri berkaitan erat dengan intensitas nyeri yang memengaruhi ambang batas atau kemampuan seseorang dalam menahan rasa sakit. Tingkat toleransi ini dapat ditingkatkan melalui beberapa intervensi seperti pemberian obat-obatan, hipnosis, stimulasi taktil (garukan), serta teknik pengalihan perhatian (distraksi). Sebaliknya, faktor-faktor seperti kelelahan, rasa marah, kecemasan, serta nyeri kronis yang menetap dapat menurunkan ambang toleransi tersebut.

d. Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons nyata yang ditunjukkan individu akibat rasa sakit yang dirasakannya. Manifestasi respons ini dapat berupa gangguan psikologis maupun perilaku, seperti munculnya ketakutan, kegelisahan, kecemasan, hingga tindakan verbal seperti menangis dan menjerit.

2.3 Konsep Kompres Hangat

2.3.1 Pengertian

Pemberian kompres hangat merupakan salah satu bentuk intervensi mandiri keperawatan. Efek termal yang dihasilkan dapat memicu vasodilatasi pembuluh darah, yang selanjutnya meningkatkan perfusi atau aliran darah ke jaringan. Kondisi ini mengoptimalkan suplai oksigen serta nutrisi ke sel-sel tubuh sekaligus memperbaiki proses pembuangan sisa metabolisme, sehingga efektif dalam mereduksi rasa nyeri pada abdomen. Penerapan metode kompres hangat ini telah terbukti efektif dalam menurunkan skala nyeri pada pasien gastroenteritis akut yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut (Sartiya Rini & Subera, 2023).

Nyeri abdomen merupakan salah satu keluhan klinis yang sering ditemukan di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, baik di tingkat primer maupun rumah sakit rujukan. Keluhan ini dapat timbul sebagai manifestasi dari berbagai kondisi medis yang melibatkan organ dalam rongga perut, seperti sistem gastrointestinal, hepatobilier, genitourinaria, hingga sistem reproduksi. Karakteristik nyeri abdomen cukup beragam, mulai dari ringan hingga berat, dapat bersifat akut maupun kronis, serta muncul hilang timbul atau menetap. Oleh karena itu, nyeri abdomen sering menjadi alasan utama pasien untuk mencari pertolongan medis, terutama di instalasi gawat darurat (Tahta Alfina Nuranida & Tati Karyawati, 2025).

2.3.2 Tujuan Kompres Hangat

Membantu menurunkan intensitas nyeri abdomen melalui efek vasodilatasi yang dapat meningkatkan sirkulasi darah pada area yang mengalami nyeri. Pemberian hangat juga membantu merelaksasikan otot abdomen yang mengalami spasme akibat peningkatan peristaltik usus, sehingga rasa tidak nyaman dapat berkurang. Selain itu, kompres hangat memberikan efek nyaman, tenang, dan rileks pada pasien sehingga dapat mengurangi ketegangan fisik maupun kecemasan akibat nyeri yang

dirasakan. Tindakan ini merupakan salah satu terapi nonfarmakologis yang dapat mendukung proses pemulihan pasien gastroenteritis akut secara lebih optimal.

2.3.3 Manfaat Kompres Hangat

Kompres hangat dilakukan untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau mencegah spasme otot dan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu. Manfaat terapi kompres hangat antara lain:

1. Meningkatkan relaksasi otot-otot
2. Mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan serta memberikan rasa hangat lokal
3. Efek hangat dari kompres dapat menyebabkan vasodilatasi pada pembuluh darah yang nantinya akan meningkatkan aliran darah ke jaringan
4. Memberikan ketenangan pada klien

2.3.4 Indikasi Kompres Hangat

1. Klien dengan spasme otot
2. Mengalami nyeri abdomen ringan sampai sedang
3. Mengalami kram otot perut
4. Mengalami inflamasi

2.3.5 Kontra Indikasi Kompres Hangat

1. Klien yang mengalami Pendarahan pada abdomen

   Dapat memperparah perdarahan tersebut. Hal ini disebabkan oleh efek vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah) yang ditimbulkan oleh panas, yang pada gilirannya akan meningkatkan aliran darah ke area tersebut dan mempercepat keluarnya darah.

3. Klien dengan Gangguan vascular/kehilangan kesadaran

   Pasien tidak sadar tidak mampu mendeteksi suhu panas, sehingga rentan mengalami risiko luka bakar akibat pemberian kompres yang terlalu panas (Potter, 2017).

2.3.6 Kelebihan Dan Kekurangan Kompres Hangat

a. Kelebihan

- Meningkatkan aliran darah lokal
  Panas menyebabkan vasodilatasi sehingga meningkatkan suplai oksigen & nutrisi ke jaringan.
- Merelaksasi otot
  Membantu mengurangi spasme otot dan kaku sendi.
- Mengurangi nyeri
  Dengan memperbaiki sirkulasi & mengurangi ketegangan otot, rasa nyeri sering kali berkurang.
- Mengurangi kekakuan & memperbaiki mobilitas
  Terutama pada pasien dengan artritis atau cedera jaringan lunak.
- Meningkatkan kenyamanan & relaksasi psikologis Rasa hangat dapat
- memberikan efek menenangkan.
- Mudah & murah
  Bisa dilakukan di rumah dengan alat sederhana seperti handuk hangat dan botol air panas, dll.(Perry, 2014)

b. Kekurangan

- Risiko luka bakar/ iritasi kulit
  Pengaplikasian kompres dengan suhu yang terlalu tinggi atau durasi yang terlalu lama tanpa pemantauan dapat memperberat kondisi perdarahan. Hal ini dikarenakan stimulasi panas akan meningkatkan aliran darah, sehingga penggunaannya pada area luka atau trauma baru justru berisiko memperburuk perdarahan yang terjadi.
- Kontraindikasi pada infeksi berat/peritonitis
  Penggunaan panas pada lokasi yang tidak tepat dapat mempercepat penyebaran infeksi akibat peningkatan aliran darah di area tersebut.
- Tidak untuk semua kondisi medis
  Misalnya pada pasien dengan gangguan sensibilitas (neuropati diabetik), mereka bisa tidak merasakan panas & mudah terluka.

- Efek hanya sementara

  Tidak menyembuhkan penyebab utama nyeri, hanya membantu meredakan gejala. (Doenges, 2019)

2.3.7 Mekanisme Kerja Kompres Hangat Untuk Penurunan Nyeri

Mekanisme kerja kompres hangat didasarkan pada proses konduksi, di mana terjadi perpindahan panas dari buli-buli ke permukaan kulit pasien. Stimulasi termal ini memicu vasodilatasi pembuluh darah yang berdampak pada peningkatan perfusi jaringan serta optimalisasi suplai oksigen. Selain mampu mereduksi spasme otot, efek hangat ini juga dapat menghambat transmisi impuls nyeri menuju susunan saraf pusat, sehingga efektif dalam menurunkan intensitas nyeri sekaligus meningkatkan kenyamanan klien (Abdurakman, 2020).

Prinsip kerja kompres hangat menggunakan buli-buli didasarkan pada mekanisme konduksi, yaitu perpindahan energi panas dari alat tersebut ke dalam jaringan tubuh. Stimulasi termal ini merangsang terjadinya vasodilatasi pembuluh darah serta menurunkan ketegangan (spasme) otot. Efek fisiologis tersebut berkontribusi langsung dalam meminimalkan atau bahkan menghilangkan sensasi nyeri yang dirasakan oleh pasien (Smeltzer & Bare, 2018)

Terapi kompres hangat bekerja dengan cara melancarkan aliran darah, meningkatkan kepadatan pembuluh darah (vaskularisasi), dan melebarkan pembuluh darah (vasodilatasi). Proses ini membuat otot mendapatkan pasokan nutrisi yang cukup melalui aliran darah tersebut. Akibat terpenuhinya kebutuhan nutrisi ini, tingkat kontraksi otot akan berkurang sehingga otot menjadi lebih rileks (Behera & Shetty, 2023).

Arovah (2021) menyatakan bahwa intervensi kompres hangat berfungsi untuk menstimulasi aliran darah, yang berimplikasi pada meningkatnya pasokan oksigen serta nutrisi ke dalam jaringan. Di samping itu, stimulasi termal ini juga berperan dalam mengoptimalkan elastisitas jaringan otot, sehingga efektif untuk mereduksi tingkat kekakuan otot.

Gambar 1 1 Buli-Buli



2.3.8 Waktu Dan Durasi Terapi Kompres Hangat

Waktu yang diperlukan untuk melakukan penerapan terapi kompres hangat ialah 15-20 menit dalam 1-2 kali pemberian perhari (Habibatun Abawaini dan Mad Zaini, 2025)

2.3.9 Standar Oprasional Prosedur Teknik Kompres Hangat

Tabel 2 1 SOP Kompres Hangat Menggunakan Buli-Buli

Pengertian	Terapi kompres hangat dilakukan dengan cara memberikan sensasi hangat kepada pasien untuk membantu meredakan rasa sakit. Melalui pemanfaatan cairan dengan suhu tertentu, tindakan ini bekerja dengan melebarkan pembuluh darah dan memperlancar aliran darah di area tubuh yang mengalami nyeri.
Tujuan	a. Memperlancar sirkulasi darah b. Mengurangi rasa sakit c. Memberikan rasa hangat, nyaman dan tenang d. Merangsang peristaltic
Indikasi	a. mengalami nyeri abdomen ringan sampai sedang b. Mengalami kram otot perut c. Mengalami inflamasi
Kontraindikasi	a. Pasien dengan pendarahan di abdomen b. Pasien dengan Gangguan vascular atau kehilangan kesadaran
Peralatan	a. Buli-Buli b. Alasnya

	e. Termos berisi air panas d. Thermometer air e. Lap kerja
Prosedur Pelaksanaan	**1. Tahap Pra Interaksi** a. Melakukan verifikasi program pengobatan klien b. Mencuci tangan c. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar **2. Tahap Orientasi** a. Memberikan salam sebagai pendekatan therapeutic b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga c. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan **3. Tahap Kerja** a. Menjaga privacy b. Mengatur pasien dalam posisi senyaman mungkin c. Mengkaji TTV dan skala nyeri sebelum terapi d. Prosedur pengaplikasian diawali dengan mengisi buli-buli menggunakan air hangat bersuhu 40–45°C. Selama proses pengisian, buli-buli diletakkan sejajar dengan tingkat pandangan mata (setinggi kepala). Buli-buli kemudian ditekuk secara perlahan sampai permukaan air mencapai bagian leher wadah; langkah ini bertujuan untuk mengeliminasi udara di dalam buli-buli sebelum dilakukan penguncian. e. Tutup rapat buli-buli dan balikkan kepalanya ke bawah untuk menguji kebocoran air. Selanjutnya, keringkan permukaan luar buli-buli dengan kain lap agar tidak basah. **4. Tahap Terminasi** a. Melakukan evaluasi tindakan yang di lakukan, TTV, Kaji kembali skala nyeri pasien setelah dikompres dan tanyakan tingkat kenyamanannya. c. Berpamitan dengan pasien

	d. Membereskan alat
	e. Mencuci tangan
	f. Mencatat kegiatan dalam lembar keperawatan
Dokumentasi	a. Waktu pelaksanaan tindakan
	b. Lokasi pemberian kompres hangat
	c. Suhu air yang digunakan
	d. Durasi tindakan
	e. Skala nyeri sebelum dan sesudah tindakan
	f. Respons pasien selama tindakan
	g. Efek samping atau keluhan yang muncul
	h. Nama dan tanda tangan perawat pelaksana

Sumber. intan (2020)

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Gawat Darurat

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan gawat darurat digunakan untuk menggam barkan kondisi pasien saat tiba, serta mengecek apakah ada risiko yang membahayakan atau mengancam nyawa pasien. Pengkajian keperawatan gawat darurat dilakukan melalui pemeriksaan primer dan sekunder.

1. Pengkajian Primer.

a. *Airway* (jalan nafas)

Hal pertama yang dinilai pada pasien Gastroenteritis Akut adalah kelancaran jalan napas untuk memastikan pasien dapat bernapas dengan baik tanpa adanya hambatan. Pemeriksaan meliputi observasi frekuensi napas, pola napas, suara napas tambahan, serta adanya muntah yang berisiko menyebabkan aspirasi dan menyumbat jalan napas. Pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran akibat dehidrasi berat atau gangguan elektrolit, perlu dipastikan posisi kepala dan tubuh yang tepat untuk menjaga patensi jalan napas. Jika terjadi muntah, pasien dianjurkan dalam posisi miring untuk mencegah aspirasi. Selain itu, perawat perlu membersihkan sekret atau sisa muntahan pada rongga mulut bila diperlukan serta

memantau saturasi oksigen dan tanda-tanda distress pernapasan selama proses pengkajian.

b. *Breathing* (ventilasi)

Jalan nafas yang baik tidak menjamin ventilasi yang baik. Pertukaran gas yang terjadi pada saat bernafas mutlak untuk pertukaran oksigen dan mengeluarkan karbon dioksida dari tubuh. Ventilasi yang baik meliputi fungsi yang baik dari paru, dinding dada dan diafragma.

Cara pengkajian meliputi:

1) *Look* Lihat pergerakan dada (simetris/tidak), irama (teratur /tidak), kedalaman, frekuensi cepat (dyspnea/tidak), ada luka, ada jelas/hematoma.
2) *Listen* Dengarkan dengan telinga/stetoskop ada suara tambaha.
3) *Feel* Rasakan adanya aliran udara.

c. *Circulation* dan hemorrhage control

Periksa ada tidaknya denyut nadi pada pembuluh nadi besar (nadi karotis, nadi femoralis) dan ada tidaknya tanda tanda syok (khusus syok hipovolemik) disertai ada tidaknya tanda perdarahan eksternal yang aktif.

d. *Disability*

1) Metoda AVPU (Allert-Verbal-Pain- Unresponse)

A: Untuk membantu pernyataan daya ingat pasien, kesadaran respon terhadap suara, dan berorientasi pada orang, waktu, dan tempat.

V: Pasien tidak sepenuhnya sadar, tetapi masih memberikan respons terhadap rangsangan verbal atau suara. Orientasi terhadap orang, waktu, dan tempat mungkin terganggu.

P: Pasien tidak memberikan respons terhadap rangsangan verbal, tetapi masih menunjukkan respons terhadap rangsangan nyeri, misalnya menarik tangan atau menggerakkan anggota tubuh saat diberikan tekanan atau stimulus nyeri lainnya.

U: Untuk yang tidak responsif terhadap rangsangan nyeri.

2) Penilaian GCS/LASGOW COMA SCALE (eye-motorik-verbal)

Catatan: Jika skala AVPU pada P/U atau GCS kurang dari 8, pasien hiperventilasi dengan menggunakan masker endotracheal dan pemasangan ventilator mekanik survey primer (Primary Survey).

3) Melihat pupil (bulat, isokor/anisokor, reflek cahaya)

4) Motorik (parese/tidak dan nilai kekuatan otot)

e. *Exposure control*

Dilakukan pemeriksaan fisik head toe toe untuk memeriksa jejas, Pada kaksus trauma, dengan membuka pakaian pasien tetapi mencegah hipotermi. EKG pada kasus non trauma, Pemeriksaan gangguan elektrolit.

2. Pengkajian Sekunder

Pengkajian sekunder ilakukan setelah masalah airway, breathing. dan circulation yang ditemukan pada pengkajian primer diatasi. Pengkajian sekunder meliputi pengkajian objektif dan subjektif dari riwayat keperawatan (riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat pengobatan, riwayat keluarga) dan pengkajian dari kepala sampai kaki.

Setelah kondisi stabil, lakukan pengkajian mendalam menggunakan metode AMPLE dan PQRST

Anamnesis (AMPLE)

1. *Signs & Symptoms*: Diare cair, nyeri abdomen (kram), mual, muntah, lemas, dan tanda dehidrasi (mulut kering, turgor kulit menurun).
2. *Allergies:* Riwayat alergi obat (misalnya antiemetik, antibiotik).
3. *Medications:* Obat yang sedang dikonsumsi, seperti obat antidiare, antibiotik, atau obat tradisional.

4. *Past Medical History:* Riwayat penyakit sebelumnya seperti gangguan pencernaan, intoleransi makanan, atau infeksi saluran cerna berulang.
5. *Last Meal:* Makanan/minuman terakhir yang dikonsumsi (kemungkinan kontaminasi).
6. *Events:* Kronologi timbulnya diare dan nyeri abdomen (frekuensi, durasi, pencetus).

Pengkajian Nyeri (PQRST)

- P (*Provocation/Palliation*): Nyeri bertambah saat perut kosong atau setelah makan, berkurang setelah BAB atau kompres hangat.
- Q (*Quality*): Nyeri seperti kram atau melilit.
- R (*Region/Radiation*): Nyeri di area abdomen, dapat menyebar.
- S (*Severity*): Skala nyeri (0–10).
- T (*Time*): Nyeri hilang timbul atau menetap.

Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium
   - Darah lengkap: kemungkinan hemokonsentrasi atau leukositosis
   - Elektrolit: untuk menilai ketidakseimbangan cairan
2. Pemantauan klinis
   - Tanda dehidrasi
   - Frekuensi diare dan muntah

Full Vital Sign

1. TD: menilai status hemodinamik (hipotensi → dehidrasi berat)
2. Nadi: takikardia akibat kehilangan cairan
3. RR: dapat meningkat jika terjadi asidosis metabolik
4. Suhu: dapat meningkat jika ada infeksi
5. BB: evaluasi status cairan
6. Skala nyeri: fokus pada nyeri abdomen

Five Intervention (Tindakan Awal IGD)

1. Monitoring tanda vital secara berkala
2. Pemasangan infus untuk rehidrasi cairan
3. Pemantauan input-output cairan
4. Pemeriksaan laboratorium (elektrolit, darah lengkap)
5. Pemberian terapi nonfarmakologis: kompres hangat abdomen

   Penerapan Kompres Hangat Abdomen

   Kompres hangat merupakan intervensi mandiri keperawatan yang bertujuan menurunkan nyeri abdomen pada pasien gastroenteritis. Pemberian kompres hangat dilakukan dengan suhu ±37–40°C menggunakan buli-buli, kemudian ditempatkan pada area abdomen selama ±15–20 menit. Mekanisme kerja kompres hangat adalah meningkatkan vasodilatasi lokal, memperlancar aliran darah, serta merelaksasi otot polos usus sehingga dapat mengurangi spasme dan nyeri.

Family Present

1. Keluarga mendampingi pasien untuk memberikan informasi tambahan
2. Membantu dalam pemantauan kondisi pasien
3. Mendapatkan edukasi tentang:
   - Pentingnya hidrasi
   - Cara melakukan kompres hangat di rumah
   - Tanda bahaya (dehidrasi berat, penurunan kesadaran)

   Give Comfort (Pemberian Kenyamanan)

a. Non-Farmakologi (Fokus utama)

- Kompres hangat abdomen
- Lingkungan tenang
- Pemberian cairan oral jika memungkinkan

b. Farmakologi (Kolaboratif)

- Rehidrasi oral/IV → Oralit (ORS), Ringer Laktat (RL), NaCl 0,9%
- Antiemetik → Ondansetron, Metoklopramid

- Antipiretik → Parasetamol
- Antibiotik → Ciprofloxacin, Ceftriaxone, Azithromycin

c. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

1) Kepala, leher, dan wajah Pengkajian meliputi:

a) Periksa wajah, adakah luka dan laserasi, perubahan tulang wajah dan jaringan lunak, adakah pendarahan serta benda asing.

b) Periksa mata, telinga, hidung, mulut. Adakah tanda-tanda pendarahan, benda asing, deformitas, laserasi, serta perlukaan.

c) Amati kepala, adakah depresi tulang kepala, tulang wajah, kontusio/jejas, hematoma, serta krepitasi tulang

d) Kaji adanya kaku leher.

e) Nyeri tulang servikal dan tulang belakang, deviasi trachea, distensi vena jugularis, pendarahan, edema, kesulitan. menelan, emfisema subcutan dan krepitas pada tulang.

2) Thorax (dada)

Hal-hal yang perlu dikaji pada daerah thorax meliputi:

a) Pernapasan: irama, kedalaman, dan karakter pernapasan.

b) Pergerakan dinding dada anterior dan posterior.

c) Palpasi krepitas tulang dan emfisema subcutan.

d) Amati penggunaan otot bantu napas.

e) Perhatikan tanda-tanda injuri amu cidera: petekiae, pendarahan, sianosis, abrasi, dan laserasi.

3) Abdomen dan pelvis

Pengkajian abdomen dan pelvis meliputi:

a) Struktur tulang dan keadadan dinding abdomen

b) Tanda-tanda cedera eksternal, adanya luka tusuk, laserasi, abrasi, distensi abdomen, dan jejas

c) Masa: Ukuran, lokasi, dan mobilitas

d) Nadi femoralis

e) Nyeri abdomen, tipe, dan lokasi nyeri (menggunakan PQRST)

f) Bising usus normal nya 5 sampai 35 kali per menit pada orang dewasa

g) Distersi abdomen

h) Genitalia dan rectal: Pendarahan, cedera pada meatus, ekimosis, tonus, spinkter ani.

4) Ekstremitas

Pengkajian meliputi:

a) Tanda-tanda injuri eksternal

b) Nyeri

c) Pergerakan dan kekuatan otot ekstremitas

d) Warna kulit.

e) Denyut nadi perifer.

5) Tulang Belakang

Pengkajian meliputi:

a) Jika tidak didapatkan adanya cidera/fraktur tulang belakang, maka pasien dimiringkan untuk mengamati: deformitas tulang belakang, tanda-tanda pendarahan: laserasi; dan jejas.

b) Palpasi deformitas tulang belakang.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan meliputi:

1) Radiologi dan scaning.

2) Pemeriksaan laboratorium analisa gas damh

2.4.2 Analisa Data

Tabel 2. 1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds: Do: - Pasien tampak meringis.	Makanan / minuman yang terkontaminasi ↓	**Nyeri akut (D.0077)**

No	Data	Etiologi	Masalah
	- Pasien memegang area abdomen. - Skala nyeri 4–6 (NRS). - Abdomen tampak tegang. - Pasien tampak gelisah. - Frekuensi nadi meningkat. - Aktivitas pasien tampak terbatas akibat nyeri.	Masuk melalui oral ↓ Menuju saluran cerna ↓ Melewati gaster ↓ Bakteri mampu melawan barier asam lambung ↓ Menuju usus halus ↓ Dayalekat bakteri yang kuat ↓ Terjadinya proses imflamasi ↓ Melepaskan mediator kimiawi ↓ Spasme otot polos usus ↓ Kram perut ↓ **Nyeri akut**	
2	Ds : Do : - Suhu tubuh >37,5°C. - Kulit teraba hangat. - Wajah tampak kemerahan. - Frekuensi nadi meningkat. - Pasien tampak lemah.	Makanan / minuman yang terkontaminasi ↓ Masuk melalui oral ↓ Menuju saluran cerna ↓	**Hipertermi (D.0130)**

No	Data	Etiologi	Masalah
	- Mukosa bibir tampak kering. - Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan peningkatan leukosit (bila ada)	Melewati gaster ↓ Bakteri mampu melawan barier asam lambung ↓ Menuju usus halus ↓ Dayalekat bakteri yang kuat ↓ Terjadinya proses imflamasi ↓ Melepaskan mediator kimiawi ↓ Peningkatan suhu tubuh ↓ **Hipertermi**	
3	Ds : Do : - Turgor kulit menurun. - Mukosa bibir kering. - Pasien tampak lemah. - Tekanan darah menurun. - Frekuensi nadi meningkat. - Produksi urin menurun. - Mata tampak cekung. - CRT >2 detik.	Makanan / minuman yang terkontaminasi ↓ Masuk melalui oral ↓ Menuju saluran cerna ↓ Melewati gaster ↓ Bakteri mampu melawan barier asam lambung ↓ Menuju usus halus	**Hipovolemia (D.0023)**

No	Data	Etiologi	Masalah
		↓ Dayalekat bakteri yang kuat ↓ Penetrasi bakteri merusak sel mukosa ↓ Menyebabkan kerusakan dingding usus ↓ Nekrosis dan ulserasi ↓ Bersifat sekretorik eksudatif ↓ Cairan diare bercampur lendir dan nanah ↓ Peningkatan frekuensi defekasi ↓ Dehidrasi ↓ **Defisit volume cairan**	
4	Ds : Do : - Frekuensi buang air besar meningkat. - Konsistensi feses cair. - Abdomen terdengar bising usus meningkat. - Pasien tampak lemas.	Makanan / minuman yang terkontaminasi ↓ Masuk melalui oral ↓ Menuju saluran cerna ↓ Melewati gaster	**Diare (D.0020)**

No	Data	Etiologi	Masalah
	- Terdapat urgensi BAB. - Pasien tampak sering ke kamar mandi. - Area sekitar anus tampak kemerahan (bila ada iritasi).	↓ Bakteri mampu melawan barier asam lambung ↓ Menuju usus halus ↓ Dayalekat bakteri yang kuat ↓ Penetrasi bakteri merusak sel mukosa ↓ Menyebabkan kerusakan dingding usus ↓ Nekrosis dan ulserasi ↓ Bersifat sekretorik eksudatif ↓ Cairan diare bercampur lendir dan nanah ↓ Peningkatan frekuensi defekasi ↓ **Diare**	
5	Ds : Do : - Kulit tampak kering. - Turgor kulit menurun.	Makanan / minuman yang terkontaminasi ↓ Masuk melalui oral ↓	**Resiko kerusakan integritas kulit (D.0129)**

No	Data	Etiologi	Masalah
	- Area perianal tampak lembab atau kemerahan. - Pasien mengalami peningkatan frekuensi BAB. - Pasien tampak lemah dan tirah baring. - Kelembapan kulit meningkat akibat keringat atau eliminasi berlebihan. - Nutrisi dan hidrasi pasien tampak kurang.	Menuju saluran cerna ↓ Melewati gaster ↓ Bakteri mampu melawan barier asam lambung ↓ Menuju usus halus ↓ Dayalekat bakteri yang kuat ↓ Penetrasi bakteri merusak sel mukosa ↓ Menyebabkan kerusakan dingding usus ↓ Nekrosis dan ulserasi ↓ Bersifat sekretorik eksudatif ↓ Cairan diare bercampur lendir dan nanah ↓ Peningkatan frekuensi defekasi ↓ Feses yang bercampur bakteri merusak mukosa anus	

No	Data	Etiologi	Masalah
		↓	
		Resiko kerusakan integritas kulit	

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis yang ada, terdapat beberapa diagnosa keperawatan menurut (PPNI, 2017), yang dapat diangkat pada pasien pada pasien gastroenteritis akut, sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan proses infeksi (D.0077).
2. Hipertermi b.d proses penyakit d.d suhu tubuh meningkat (D.0130).
3. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023).
4. Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020).
5. Resiko kerusakan intergritas kulit berhubungan dengan kukurangan/kelebihan volume cairan (D.0129).

2.4.4 Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala jenis terapi yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinisnya, untuk meningkatkan kesehatan, mencegah masalah, serta memulihkan kesehatan klien, baik individu, keluarga, maupun komunitas (PPNI, 2018). Dari diagnosa yang sudah ditegakkan, maka akan terbentuk intervensi yang akan dilakukan, beberapa intervensi yang dapat dilakukan pada dewasa dengan gastroenteritis akut, yaitu :

Tabel 2. 2 Intervensi

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	Nyeri akut behubungan dengan agen pencedera fisiologis **(D.0077)**	**Tingkat Nyeri Menurun (L.08066)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ....x 8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kritea hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun	**Manajemen Nyeri (I.08238)** **Observasi** 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Idenfitikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan **Terapeutik** 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri menggunakan kompres hangat 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan **Edukasi**

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
			1. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu
2	**Hipertermia (D.0130)** Definisi: Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh. Penyebab: 1. Dehidrasi 2. Terpapar lingkungan panas 3. Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) 4.Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan 5. Peningkatan laju metabolisme 6. Respon trauma 7. Aktivitas berlebihan 8. Penggunaan incubator	**termoregulasi membaik (L.14134)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ....x 8 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: 1. Kulit merah menurun 2. Kejang menurun 3. Akrosianosis menurun 4. Konsumsi oksigen menurun 5. Piloereksi menurun	**Manajemen Hipertermia (I.15506)** **Observasi** 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia **Terapeutik** 1. Sediakan lingkungan yang dingin

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
	Gejala dan tanda mayor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Suhu tubuh diatas nilai normal Gejala dan tanda minor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardi 4. Takipnea 5. Kulit terasa hangat Kondisi Klinis Terkait 1. Proses infeksi 2. Hipertiroid 3. Stroke 4. Dehidrasi 5. Trauma 6. Prematuritas	6. Vasokontriksi perifer menurun 7. Kutis memorata menurun 8. Pucat menurun 9. Takikardi menurun 10. Takipnea menurun 11. Bradikardi menurun 12. Dasar kuku sianolik menurun 13. Hipoksia menuru 14. Suhu tubuh membaik 15. Suhu kulit membaik 16. Kadar glukosa darah membaik 17. Pengisian kapiler membaik	2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringan berlebih) 6. Lakukan pemberian kompres hangat 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Berikan oksigen, *jika perlu* **Edukasi** 1. Anjurkan tirah baring **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, *jika perlu*

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
		18. Ventilasi membaik 19. Tekanan darah membaik	
3	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif **(D.0023)** Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Nadi teraba lemah 3. Tekanan darah menurun 4. Tekanan Nadi menyempit 5. Turgor kulit menyempit 6. Membran mukosa kering 7. Voluem urin menurun 8. Hemtokrit meningkat Gejala dan Tanda Minor	**Status Cairan Membaik (L.03028)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ....x 8 jam, maka keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Output urin meningkat 2. Membrane darah membaik 3. Frekuensi nadi membaik 4. Kekuatan nadi membaik mukosa lembab meningkat 5. Tekanan darah membaik 6. Frekuensi nadi membaik 7. Kekuatan nadi membaik	**Manajemen Hipovolemia (I.03116)** **Observasi** 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan 2) **Terapeutik** 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified Trendelenburg

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
	Subjektif 1. Merasa lemah 2. Mengeluh haus Objektif 3. Pengisian vena menurun 4. Status mental berubah 5. Suhu tubuh meningkat 6. Konsentrasi urin meningkat 7. Berat badan turun tiba-tiba		3. Berikan asupan cairan oral **Edukasi** 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL)
4	Diare berhubungan dengan inflamasi Gastrointestinal **(D.0020)**	**Eleminasi Fekal Membaik (L.04033)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan ....x 8 jam diharapkan Eliminasi Fekal **(L.04044)** Membaik dengan kritea hasil : 1. Frekuensi BAB membaik 2. Konsistensi feses membaik	**Managemen Diare (I.031001)** **Observasi** 1. Identifikasi penyebab diare (mis, inflamasi gastrointestital) 2. Identifikasi riwayat pemberian makanan 3. Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses 4. Monitor jumlah pengeluaran diare **Terapeutik**

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
			5. Berikan asupan cairan oral (mis, larutan garam gula, oralit) 6. Pasang jalur intravena 7. Berikan cairan intravena (mis, ringer asetat, ringer laktat) **Edukasi** 8. Anjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap 9. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa Kolaborasi **Kolaborasi** pemberian obat antimotilitas (mis, loperamide, di fenoksilat)
5	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan Kelembaban ditandai dengan Kerusakan Lapisan Kulit **(D.0129)** Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia)	**Integritas Kulit Meningkat (L.14125)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ....x 8 jam, maka integritas kulit meningkat, dengan kriteria hasil:	**Perawatan Integritas Kulit (I.11353)** **Obsevasi** 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
	Objektif : 1. Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit. Gejala dan Tanda Minor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : - Nyeri - Perdarahan - Kemerahan - Hermatom	1. Kerusakan lapisan kulit menurun	kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas **Terapeutik** 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 2. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 3. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 5. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering **Edukasi** 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
			2 Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurka nmeningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

2.4.5 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah rangkaian tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatan, sehingga mencapai kondisi kesehatan yang baik sesuai kriteria hasil yang diinginkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan mencakup dukungan, pengobatan, tindakan perbaikan kondisi, pendidikan untuk klien dan keluarga, serta upaya pencegahan masalah kesehatan di masa depan. Pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan klien,

faktor-faktor yang memengaruhinya, strategi keperawatan, serta kegiatan komunikasi.(Safitri, 2019).

Implementasi keperawatan berupa kompres hangat pada pasien dengan nyeri perut dapat dilakukan sebagai upaya sederhana untuk membantu mengurangi rasa sakit dan meningkatkan rasa nyaman. Tindakan ini dimulai dengan menilai tingkat nyeri pasien, kemudian perawat menyiapkan media hangat seperti buli buli dengan suhu yang aman. Buli buli ditempelkan pada area abdomen selama kurang lebih 15–20 menit sambil memantau respon pasien. Pemberian panas ini dapat membantu memperlancar aliran darah melalui pelebaran pembuluh darah, membuat otot menjadi lebih rileks, serta menurunkan sensasi nyeri yang dirasakan pasien (Tahta Alfina Nuranida,& Tati Karyawati, 2025)

2.4.6 Evaluasi

Evaluasi adalah salah satu tahapan rangkaian asuhan keperawatan yang akan menilai hasil kerja dan respon perkembangan pasien. evaluasi dilakukan untuk memperbaiki apabila adanya tindakan yang belum atau tidak mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah direncanakan pada tahap intervensi.

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu:

a. (Data subjektif), S data berdasarkan keluhan yang dirasakan pasien setelah dilakukan implementasi keperawatan.
b. (Data objektif), O data berdasarkan keadaan pasien yang dilihat oleh perawat.
c. (Analisa), A setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian analisis oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatandan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah diterapkan), masalah teratasi sebagian (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan) masalah belum teratasi (sama sekali belum menunjukan

perkembangan kesehatan dan sama sekali tidak menunjukan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru.

d. (Planing). P setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

Adapun hasil dari evaluasi penelitian dengan penerapan terapi kompres hangat untuk penurunan intensitas nyeri pada asuhan keperawatan pasien gastroenteritis akut . ini dapat membantu proses penyembuhan pada pasien gastroenteritis akut dalam menurunkan intesitas nyeri selain itu pasien dan keluarga dapat mengetahui penerapan kompres hangat serta manfaatnya dan bisa mempraktekan ini di rumah. Setelah dilakukan tindakan kompres hangat hasil yang di harapkan sebagai berikut:

- Keluhan nyeri menurun (skala nyeri dari 6 menjadi 3)
- Ekspresi meringis berkurang
- Pasien tampak lebih rileks
- Sikap protektif pada abdomen menurun
- Aktivitas pasien mulai meningkat
- Tanda vital dalam batas normal
- Tidak ada tanda-tanda dehidrasi