BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Konsep Penyakit

2.1.1.1 Pengertian

Gastroenteritis akut merupakan peradangan pada saluran pencernaan, khususnya lambung dan usus, yang terjadi secara mendadak dan berlangsung kurang dari 14 hari. Kondisi ini ditandai dengan gejala utama berupa diare yang sering disertai nyeri abdomen, mual, dan muntah (Maria et al., 2025).

Gastroenteritis akut (GEA) merupakan kondisi diare yang muncul dengan cepat, dan bisa disertai atau tidak dengan mual, muntah, demam, atau nyeri di perut. Diare ditandai oleh keluarnya tinja yang cair atau berair, biasanya terjadi setidaknya tiga kali dalam sehari (Nabila et al., 2023).

Berdasarkan kedua pengertian tersebut, gastroenteritis akut dapat dipahami sebagai kondisi peradangan pada saluran pencernaan, terutama lambung dan usus, yang terjadi secara mendadak serta berlangsung dalam waktu kurang dari 14 hari. Kondisi ini umumnya ditandai oleh peningkatan frekuensi buang air besar sebanyak tiga kali atau lebih dalam sehari dengan konsistensi tinja yang lebih cair dibandingkan keadaan normal. Gejala tersebut dapat disertai berbagai keluhan lain, seperti mual, muntah, nyeri atau kram pada perut, demam, penurunan nafsu makan, serta kelemahan tubuh. Apabila diare dan muntah terjadi secara terus-menerus, penderita juga berisiko mengalami kehilangan cairan dan elektrolit yang dapat menyebabkan dehidrasi.

2.1.1.2 Klasifikasi

Berdasarkan faktor penyebabnya, gastroenteritis akut pada orang dewasa dapat dikelompokkan menjadi infeksi virus, bakteri, dan parasit. Di antara ketiga kelompok tersebut, infeksi virus merupakan penyebab yang paling sering ditemukan, terutama norovirus, kemudian rotavirus dan adenovirus. Berdasarkan gambaran klinisnya, gastroenteritis akut dibagi menjadi tipe noninflamasi dan inflamasi. Tipe noninflamasi umumnya ditandai oleh diare cair tanpa darah yang disertai mual serta muntah. Sebaliknya, tipe inflamasi cenderung menimbulkan diare berdarah, nyeri abdomen, dan demam dengan suhu yang lebih tinggi. Mayoritas kasus akibat infeksi virus memiliki derajat ringan dan dapat pulih secara spontan dengan pemberian terapi suportif, terutama penggantian cairan dan elektrolit. Meskipun demikian, risiko komplikasi, kebutuhan perawatan di rumah sakit, dan kematian dapat meningkat pada pasien yang memiliki penyakit penyerta, khususnya individu dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah. Kejadian penyakit ini juga dapat dipengaruhi oleh perubahan musim dan kemungkinan koinfeksi dengan mikroorganisme lain yang dapat memperburuk gejala dan memperpanjang proses pemulihan pasien tersebut (Patel et al., 2025).

2.1.1.3 Etiologi

Menurut Mardalena (2018) dalam (Anik, 2024), alasan terjadinya gastroenteritis akut meliputi:

1. Faktor infeksi

   Infeksi enteral adalah infeksi pada sistem pencernaan yang menjadi penyebab utama gastroenteritis akut pada anak, yang terdiri dari:

a) Infeksi bakteri, seperti (Vibrio, E. coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas, dan lainnya).
b) Infeksi virus, termasuk Enterovirus, Adenovirus, Rotavirus, Astrovirus, dan lain-lain.
c) Infeksi parasit, melibatkan cacing (Ascaris, Trichuris, Oxyuris, Strongyloides), protozoa (Entamoeba histolytica, Giardialambia, Trichomonas hominis), serta jamur (Candida albicans).

2. Faktor Malabsorbsi
   a) Malabsorbsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltosa, dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa). Intoleransi laktosa menjadi salah satu penyebab utama Gastroenteritis Akut pada anak.
3. Faktor Makanan

Gastroenteritis Akut dapat muncul akibat konsumsi makanan yang sudah basi, beracun, atau adanya reaksi alergi terhadap jenis makanan tertentu.

4. Faktor Psikologis

Gastroenteritis Akut juga bisa muncul karena faktor psikologis seperti rasa takut dan cemas; meskipun ini jarang, kondisi ini bisa dialami oleh anak yang lebih besar. Sementara itu, Gastroenteritis Akut pada anak sering disebabkan oleh:

a) Gastroentritis akibat bakterPerubahan yang khusus sesuai dengan usia yang meningkatkan kerentanan terhadap mikroorganisme patogen (imunitas masih lemah), sehingga bayi tidak memiliki antibodi pelindung yang diperlukan. Selain itu, bayi rentan terhadap alergi dari makanan tertentu.

Keadaan ini disebabkan oleh usus bayi yang masih mudah dilalui oleh zat asing.

b) Di fase bayi (usia 1-12 bulan), bayi cenderung memasukkan apa pun yang dipegangnya ke dalam mulut karena berada dalam fase eksplorasi oral. Oleh karena itu, orang tua harus memastikan keamanan dan kebersihan makanan serta mainan anak.
c) Penularan penyakit dipengaruhi oleh faktor tuan rumah (terutama usia anak) dan kondisi lingkungan. Anak yang belum terampil buang air kecil atau besar di toilet (terutama bayi), serta belum dapat mencuci tangan dengan benar, memiliki risiko tinggi untuk penyebaran atau tertular infeksi saluran pencernaan.
d) Sebagian besar waktu bayi dihabiskan untuk tidur.
e) Tidur dalam posisi banyak berbaring di tempat tidur yang tidak bersih bisa menjadi sumber infeksi bagi bayi.

2.1.1.4 Patofisiologi

Gastroenteritis akut merupakan suatu kondisi peradangan pada saluran pencernaan, terutama lambung dan usus, yang umumnya disebabkan oleh infeksi virus, bakteri, maupun parasit. Mikroorganisme penyebab masuk ke dalam tubuh melalui konsumsi makanan dan minuman yang terkontaminasi atau akibat kebersihan lingkungan dan personal yang kurang baik. Setelah mencapai saluran cerna, patogen akan menempel dan berkembang biak pada mukosa usus. Infeksi virus seperti rotavirus dan norovirus menyebabkan kerusakan pada sel epitel usus halus, khususnya vili usus, sehingga proses penyerapan air dan elektrolit terganggu.

Akibatnya, cairan tertahan di lumen usus dan menimbulkan diare (Herranz-ulldemolins et al., 2025).

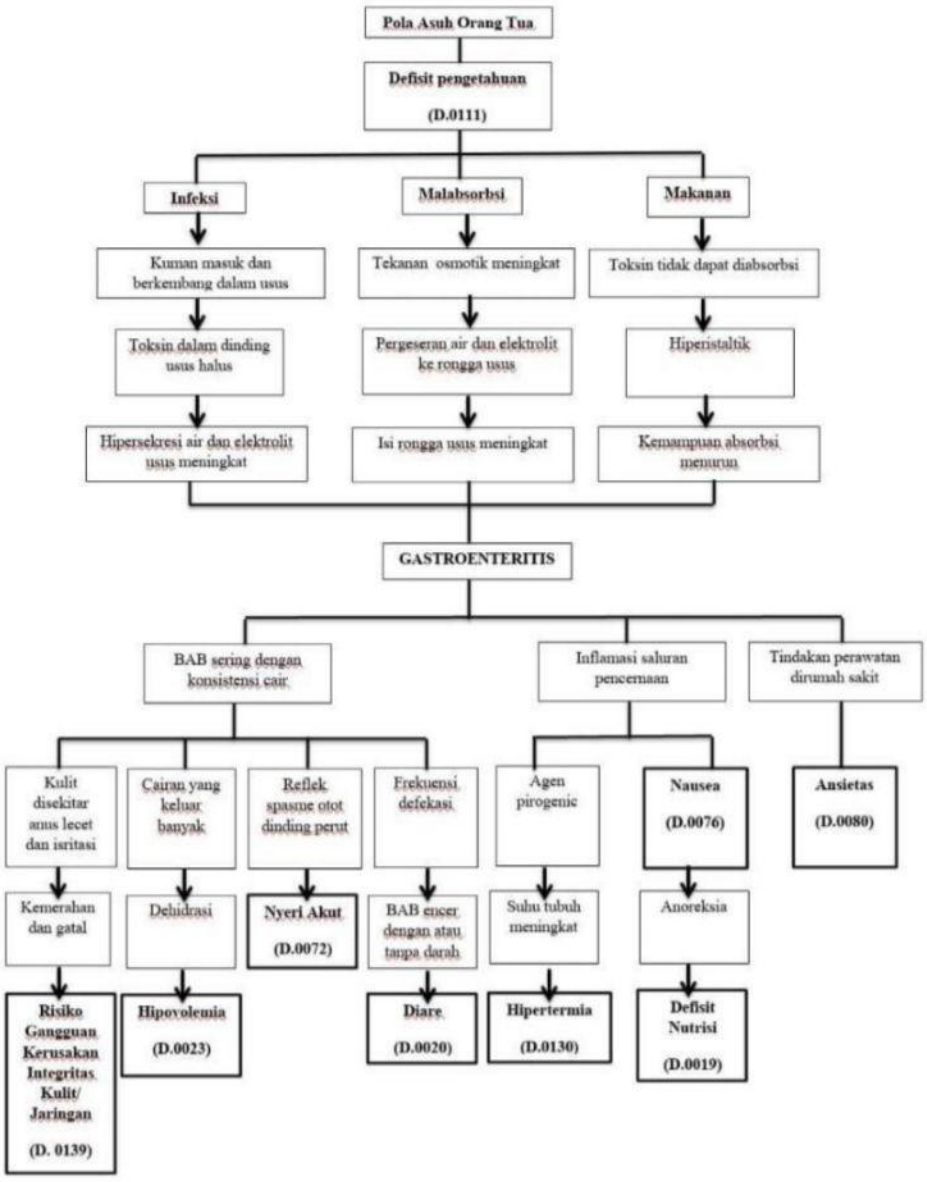
Pada gastroenteritis yang disebabkan oleh bakteri, seperti Escherichia coli, Salmonella, dan Shigella, bakteri menghasilkan enterotoksin dan sitotoksin yang dapat merusak sel epitel usus. Enterotoksin memicu peningkatan sekresi cairan dan elektrolit ke dalam lumen usus, sedangkan sitotoksik menyebabkan peradangan dan kerusakan mukosa, yang dapat menyebabkan feses bercampur lendir atau darah. Infeksi pada saluran cerna juga mempengaruhi motilitas usus. Peningkatan peristaltik menyebabkan waktu transit usus menjadi lebih cepat, sehingga proses absorpsi nutrisi dan cairan tidak optimal dan memperberat terjadinya diare (Herranz-ulldemolins et al., 2025).

Menurut Mardalena (2018), gastroenteritis adalah kondisi peradangan pada saluran pencernaan yang umumnya dipicu oleh masuknya mikroorganisme patogen, seperti virus, bakteri, dan parasit. Agen infeksi tersebut biasanya masuk ke tubuh melalui konsumsi makanan atau minuman yang telah terkontaminasi, serta akibat penerapan kebersihan diri dan lingkungan yang kurang memadai. Setelah mencapai saluran usus, mikroorganisme dapat berkembang biak dan menghasilkan toksin yang merusak mukosa usus. Kerusakan tersebut mengganggu kemampuan usus dalam menyerap cairan, elektrolit, dan zat gizi secara optimal.

Gangguan absorpsi menyebabkan tekanan osmotik di lumen usus meningkat, sehingga air dan elektrolit berpindah ke dalam rongga usus. Penumpukan cairan ini kemudian memicu pengeluaran tinja dengan konsistensi encer dan frekuensi yang lebih sering. Toksin yang dihasilkan mikroorganisme juga dapat merangsang

sekresi cairan dan elektrolit secara berlebihan. Pada saat yang sama, aktivitas peristaltik usus meningkat sehingga makanan dan cairan bergerak terlalu cepat dan tidak memperoleh waktu yang cukup untuk diserap. Mekanisme tersebut membuat kehilangan cairan berlangsung semakin besar dan memperberat diare.

Mardalena (2018) juga menjelaskan bahwa perkembangbiakan mikroorganisme di dalam usus dapat mempertahankan hiperperistaltik dan menyebabkan kehilangan cairan serta elektrolit secara terus-menerus. Tanpa penanganan yang cepat, pasien berisiko mengalami dehidrasi sebagai komplikasi utama gastroenteritis. Dehidrasi dapat berkembang menjadi asidosis metabolik, hipokalemia, hipoglikemia, gangguan status nutrisi, penurunan volume sirkulasi, hingga gangguan perfusi jaringan. Keadaan ini juga dapat menurunkan kondisi umum pasien, menimbulkan kelemahan, rasa haus, berkurangnya produksi urine, dan penurunan kesadaran pada kondisi dehidrasi berat. Oleh sebab itu, penggantian cairan, pemantauan elektrolit, dan penanganan penyebab infeksi perlu dilakukan secara tepat untuk mencegah komplikasi yang lebih berat (Anik, 2024).



(Anik, 2024 : SDKI 2024)

2.1.1.5 Tanda dan Gejala

a. Gastroenteritis dengan Dehidrasi Berat

Ditandai dengan terdapat dua atau lebih tanda berikut:

1. Letargis atau tidak sadar
2. Mata cekung
3. Tidak bisa minum atau malas minum
4. Cubitan kulit perut kembali sangat lambat

b. Gastroenteritis de ngan Dehidrasi Ringan atau Sedang

Ditandai dengan terdapat dua atau lebih tanda berikut:

1. Gelisah, rewel, atau mudah marah
2. Mata cekung
3. Haus
4. Minum dengan frekuensi yang tunggi

c. Gastroenteritis Tanpa Dehidrasi

Ditandai dengan:

1. Tidak terdapat cukup tanda dan gejala untuk diklasifikasikan sebagai dehidrasi berat
2. Tidak terdapat cukup tanda dan gejala untuk diklasifikasikan sebagai dehidrasi ringan atau sedang
3. Kondisi hidrasi masih dalam batas normal

d. Gastroenteritis Persisten Berat

Ditandai dengan:

1. Diare berlangsung selama 14 hari atau lebih

2. Disertai tanda-tanda dehidrasi.

e. Gastroenteritis Persisten

Ditandai dengan:

1. Diare berlangsung selama 14 hari atau lebih
2. Tidak disertai tanda-tanda dehidrasi

f. Gastroentritis Disentri

Ditandai dengan:

1. Terdapat darah dalam feses
2. Frekuensi buang air besar meningkat
3. Dapat disertai nyeri perut atau tenesmus (rasa ingin buang air besar terus-menerus) (Anik, 2024).

2.1.1.6 Komplikasi

Nyeri merupakan salah satu gejala yang sering muncul pada gastroenteritis, bersifat subjektif, dan menimbulkan rasa tidak nyaman pada pasien. Apabila tidak ditangani dengan baik, nyeri dapat menimbulkan komplikasi, memperpanjang lama rawat inap, serta meningkatkan tingkat distres pasien. Kondisi ini umumnya dipicu oleh peningkatan tekanan dalam rongga usus (Nurmalisa & Collein, 2023).

Menurut Lestari (2016), diare akut maupun kronis dapat menimbulkan berbagai komplikasi, antara lain:

a. Dehidrasi, yang dapat terjadi dalam bentuk ringan, sedang, maupun berat, serta berdasarkan keseimbangan cairan berupa dehidrasi hipotonik, isotonik, atau hipertonik.
b. Syok hipovolemik akibat kehilangan cairan yang berlebihan.

c. Hipokalemia, dengan manifestasi klinis berupa gangguan pergerakan (mekanisme otot), hipotonia, kelemahan otot, bradikardia, serta perubahan pada gambaran elektrokardiogram.
d. Hipoglikemia akibat penurunan asupan dan gangguan metabolisme.
e. Intoleransi laktosa sekunder, yang disebabkan oleh defisiensi enzim laktase akibat kerusakan vili mukosa usus halus.
f. Kejang, terutama pada kondisi dehidrasi hipertonik.
g. Gizi buruk energi dan protein, yang terjadi karena penderita selain mengalami diare dan muntah juga mengalami penurunan asupan makanan atau kelaparan.

2.1.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nailirrohmah (2023), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan meliputi:

a. Pemeriksaan Tinja Makroskopis dan Mikroskopis

1. Pemeriksaan Makroskopis

Pemeriksaan tinja secara makroskopis perlu dilakukan, tinja yang berair tanpa lendir atau darah umumnya dipengaruhi oleh enterotoksin, baik disebabkan oleh virus, protozoa, maupun penyakit di luar sistem pencernaan. Sebaliknya, keberadaan darah atau lendir dalam tinja dapat mengindikasikan infeksi bakteri penghasil sitotoksik, bakteri enteroinvasif yang menimbulkan peradangan mukosa, atau parasit usus seperti Entamoeba histolytica, Balantidium coli, dan Trichuris trichiura. Darah pada tinja umumnya bercampur dengan feses, namun pada infeksi E. histolytica sering tampak pada permukaan feses, sedangkan pada infeksi EHEC terlihat berupa bercak darah. Selain itu, infeksi Salmonella, Giardia,

Cryptosporidium, dan Strongyloides sering menyebabkan feses berbau busuk.

2. Pemeriksaan Mikroskopis

Pemeriksaan tinja secara mikroskopis, terutama untuk mengidentifikasi keberadaan leukosit, dapat digunakan sebagai pemeriksaan penunjang dalam memperkirakan penyebab diare, menentukan bagian saluran pencernaan yang mengalami gangguan, serta menilai adanya proses peradangan pada mukosa usus. Munculnya leukosit dalam tinja umumnya merupakan bentuk respons tubuh terhadap invasi mikroorganisme ke dalam mukosa kolon. Hasil pemeriksaan leukosit yang positif dapat mengarah pada dugaan infeksi oleh bakteri invasif atau mikroorganisme penghasil sitotoksin, seperti *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* enteroinvasif atau *EIEC*, *Clostridioides difficile*, *Yersinia enterocolitica*, *Vibrio parahaemolyticus*, serta kemungkinan *Aeromonas* atau *Plesiomonas shigelloides*. Jenis leukosit yang paling sering ditemukan adalah leukosit polimorfonuklear atau PMN, kecuali pada infeksi *Salmonella typhi*. Pada infeksi *Entamoeba histolytica*, jumlah leukosit dalam tinja cenderung sedikit. Keberadaan leukosit juga tidak selalu ditemukan pada seluruh kasus kolitis. Sementara itu, diare yang disebabkan oleh parasit umumnya tidak menunjukkan leukosit dalam jumlah yang banyak. Oleh karena itu, pemeriksaan leukosit tinja pada kasus diare akibat parasit sering kali tidak menjadi pemeriksaan utama yang diperlukan.

3. Biopsi duodenum

Pemeriksaan ini memiliki tingkat sensitivitas yang baik untuk mendeteksi infeksi parasit, seperti giardiasis, strongiloidiasis, dan infeksi protozoa *Entamoeba*

histolytica. Pada pemeriksaan tinja, bentuk trofozoit lebih sering ditemukan dalam sampel yang berkonsistensi cair, sedangkan bentuk kista umumnya dijumpai pada tinja yang lebih padat atau berbentuk. Penggunaan metode konsentrasi dapat meningkatkan kemungkinan ditemukannya kista amuba dalam sampel. Namun, pengeluaran kista melalui tinja dapat berlangsung secara tidak teratur atau intermiten. Oleh karena itu, pemeriksaan tinja secara berulang pada waktu yang berbeda mungkin diperlukan untuk memperoleh hasil yang lebih akurat. Pemeriksaan serologi amebiasis juga dapat dilakukan untuk membantu mengidentifikasi infeksi dan membedakan jenis amuba yang menjadi penyebab penyakit. Hasil pemeriksaan serologi umumnya menunjukkan reaksi positif pada pasien yang mengalami disentri amuba akut maupun amebiasis hepatik. Dengan demikian, kombinasi pemeriksaan mikroskopis, metode konsentrasi, pemeriksaan serial, dan serologi dapat mendukung penegakan diagnosis infeksi amuba secara lebih tepat.

4. Pemeriksaan kultur tinja

Dianjurkan segera pada kondisi tertentu, seperti dugaan sindrom uremik hemolitik, diare berdarah, ditemukannya leukosit dalam tinja, kejadian wabah diare, atau pada pasien dengan gangguan sistem imun. Beberapa patogen yang memerlukan pemeriksaan laboratorium khusus antara lain Yersinia enterocolitica, Vibrio cholerae, Vibrio parahaemolyticus, Aeromonas, Clostridioides difficile, Escherichia coli O157:H7, dan Campylobacter. Deteksi toksin C. difficile sangat bermanfaat dalam menegakkan diagnosis kolitis akibat penggunaan antibiotik. Selain itu, proktosigmoidoskopi dapat membantu menegakkan diagnosis pada

kolitis berat apabila etiologi inflamasi enteritis belum dapat dipastikan melalui pemeriksaan laboratorium awal.

b. Pemeriksaan pH dan Kadar Gula dalam Tinja

Pemeriksaan pH serta kadar gula dalam tinja dapat dilakukan untuk membantu mengidentifikasi penyebab diare. Kultur atau penanaman sampel tinja serta pemeriksaan bakteri dilakukan bila diperlukan guna menentukan etiologi secara lebih spesifik.

c. Pemeriksaan Laboratorium

1. Pemeriksaan darah, meliputi hitung darah lengkap, pemeriksaan elektrolit serum, analisis gas darah, kadar glukosa darah, kultur darah, serta uji sensitivitas antibiotik.
2. Pemeriksaan urin, berupa urinalisis lengkap, kultur urin, dan uji sensitivitas antibiotik.
3. Pemeriksaan lanjutan, termasuk pemeriksaan elektrolit dan intubasi duodenum untuk mengukur keberadaan bakteri atau parasit, terutama pada pasien dengan diare kronis (Rahmadani, 2025) .

2.1.1.8 Penatalaksanaan

a. Terapi awal meliputi:

1. Rehidrasi cairan menggunakan Ringer Laktat untuk menggantikan kehilangan cairan dan elektrolit.
2. Pemberian Omeprazole untuk menurunkan sekresi asam lambung.
3. Pemberian Ondansetron sebagai antiemetik untuk mengatasi mual dan muntah.
4. Pemberian Ceftriaxone sebagai terapi antibiotik sesuai indikasi.

b. Terapi lanjutan meliputi:

1. Pemberian Paracetamol untuk menurunkan demam dan meredakan nyeri.
2. Pemberian Ketoprofen sebagai analgesik dan antiinflamasi.
3. Pemberian Sukralfat untuk melindungi mukosa lambung (Abdulkadir et al., 2025).

2.1.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.1.2.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh melalui wawancara dengan pasien maupun keluarga, pemeriksaan fisik, pengukuran tanda-tanda vital, serta penelaahan rekam medis pasien. Selain mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami pasien, perawat juga mengkaji faktor risiko dan potensi yang dimiliki pasien sebagai dasar dalam perencanaan asuhan keperawatan menurut Herdman & Kamitsuru, 2015 dalam (Andika, 2022). Fokus pengkajian pada pasien gastroenteritis akut meliputi:

1. Identitas Pasien

   Pengkajian identitas meliputi nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, serta data penanggung jawab pasien.

2. Riwayat Kesehatan Saat Ini

   Pengkajian difokuskan pada keluhan yang dirasakan pasien saat ini, meliputi waktu awal munculnya gejala, frekuensi diare, konsistensi feses, adanya mual dan muntah, penurunan nafsu makan, serta tanda-tanda dehidrasi. Pasien juga dapat mengeluhkan nyeri atau ketidaknyamanan pada abdomen akibat peningkatan frekuensi buang air besar.

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

   Perawat mengkaji riwayat penyakit sebelumnya, terutama riwayat diare berulang, alergi makanan, infeksi saluran cerna, penggunaan obat-obatan tertentu, serta riwayat pengobatan yang pernah dijalani.

4. Kebutuhan Dasar

   a. Pola eliminasi

      Terjadi perubahan pola buang air besar berupa peningkatan frekuensi defekasi dengan konsistensi feses cair atau encer.

   b. Pola Nutrisi

      Pasien sering mengalami mual, muntah, dan penurunan nafsu makan yang dapat menyebabkan berkurangnya asupan nutrisi serta penurunan berat badan.

   c. Pola Istirahat dan Tidur

      istirahat dapat terganggu akibat ketidaknyamanan abdomen, nyeri, atau seringnya keinginan untuk buang air besar.

   d. Personal Hygiene

      Dikaji kebiasaan menjaga kebersihan diri, termasuk frekuensi mandi dan kebersihan tangan yang dapat berhubungan dengan kejadian gastroenteritis.

   e. Aktivitas dan Mobilitas

      Aktivitas sehari-hari dapat mengalami penurunan akibat kondisi tubuh yang lemah, kehilangan cairan, dan rasa tidak nyaman pada abdomen.

5. Pemeriksaan Fisik

   a. Keadaan Umum

      Pasien dapat tampak lemah dengan tingkat kesadaran bervariasi, mulai dari compos mentis hingga penurunan kesadaran pada kondisi yang berat. Tanda vital dapat menunjukkan peningkatan suhu tubuh, nadi cepat, dan peningkatan frekuensi pernapasan.

   b. Pemeriksaan Sistem Tubuh

      1) Inspeksi: dapat ditemukan mata cekung, mukosa mulut dan bibir kering, penurunan berat badan, serta tanda-tanda dehidrasi lainnya.
      2) Auskultasi: terdengar peningkatan atau perubahan bising usus akibat meningkatnya aktivitas peristaltik.
      3) Perkusi: dapat ditemukan distensi atau kembung pada abdomen.
      4) Palpasi: turgor kulit menurun atau kurang elastis sebagai tanda dehidrasi.

6. Pemeriksaan Penunjang

   Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan meliputi pemeriksaan feses untuk mengidentifikasi penyebab infeksi, pemeriksaan darah lengkap untuk menilai kondisi umum pasien, serta pemeriksaan laboratorium lainnya sesuai indikasi medis guna membantu menegakkan diagnosis dan menentukan penatalaksanaan yang tepat.

2.1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Tahap kedua dalam proses dokumentasi keperawatan adalah diagnosa, yang merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respons seseorang, keluarga,

atau masyarakat terhadap masalah kesehatan, risiko masalah kesehatan, atau proses kehidupan

Menurut Anik (2024 : SDKI PPNI 2017) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien yang mengalami gastroentritis akut sebagai berikut:

a. Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020).
b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077).
c. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung (D.0076).
d. Hipovolemik berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023).
e. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130).
f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019).
g. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kekurangan atau kelebihan volume cairan (D.0129)
h. Ansietas (D.0080)
i. Defisit Pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi.

2.2.2.3 Perencanaan

Tabel 1. 1 Perencanaan

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan
Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020) **Definisi :** Nyeri akut merupakan diagnosa keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. **Gejala dan Tanda Mayor** Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Tampak Meringis 2. Bersikap protektif (mis,waspada,posisi menghindari nyeri) 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Sulit tidur **Gejala dan Minor** Subjektif (Tidak tersedia) Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah	**Eliminasi Fekal Membaik (L.04033)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka eliminasi fekal membaik, dengan kriteria hasil: 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Mengejan saat defekasi menurun 4. Konsistensi feses membaik 5. Frekuensi BAB Membaik 6. Peristaltik usus membaik	**Manajemen Diare (I.03101)** **Observasi** 1. Identifikasi penyebab diare (mis: inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorbsi, ansietas, stres, obat obatan,) 2. Identifikasi Riwayat pemberian makanan Monitor warna, volume, frekuensi,dan konsistensi feses 3. Monitor tanda dan gejala Hipovolemia (mis: takikardi, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun) 4. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 5. Monitor jumlah dan pengeluaran diare 6. Monitor keamanan penyiapan makanan **Terapeutik** 1. Berikan asupan cairan oral (mis: ringer asetat,ringer laktat) jika perlu

4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. diaforesis		2. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit 3. Ambil sampel feses untuk kultur,jika perlu **Edukasi** 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas,pedas dan mengandung laktosa **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis ; loperamid, difenoksilat) 2. Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis; papaverine,ekstrak belladonna,Mebeverine) 3. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (attapulgit,smeltitkaolim pektin)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077) **Definisi :** Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional,dengan onset mendadak atau lamat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan. **Gejala dan Tanda Mayor** Subjektif (Tidak tersedia)	**Tingkat Nyeri Menurun (L.08066)** Setelah dilakukan keperawatan : maka Tingkat nyeri menurun,dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	**Manajemen Nyeri (L.08238)** **Observasi** 1. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Objektif 1. tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis,waspada,posisi menghindari nyeri) 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Sulit tidur **Gejala dan Minor** Subjektif (Tidak tersedia) Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi respon nyeri terhadap kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik **Terapeutik** 1. Berikan teknin non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis : TEENS,hypnosis,akupresur,terapi music,biofeed feedback,terapi pijat,aromaterapi,teknik imajinasi terbimbing,kompres hangat/dingin) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan,kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri) **Edukasi** 1. Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat

		5. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu
Hipovolemik berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023) **Definisi :** Peningkatan volume cairan intravaskuler,interstisial,dan/ atau intraseluler **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. Volume urin menurun 8. Hematokrit meningkat **Gejala dan Tanda Minor** Subjektif 1. Merasa lemah 2. Mengeluh haus Objektif 1. Pengisian vena menurun 2. Status mental berubah 3. Suhu tubuh meningkat 4. Konsentrasi urin meningkat 5. Berat badan turun tiba tiba	**Status Cairan Membaik (L.03028)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan 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. Pemeriksaan tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat,nadi teraba lemah,tekanan darah menurun,tekanan nadi menyempit,turgor kulit menurun,membran mukosa kering,volume urine menurun,hematokrit meningkat,haus,lemah). 2. Monitor intake dan output cairan **Terapeutik** 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified Trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral **Edukasi** 1. Anjuran memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL,RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis : glukosa

		2,5%,NaCL 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin,plasmanate) 4. Kolaborasi pemberian produk darah
Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130) **Definisi :** Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh **Gejala dan Tanda Mayor** Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Suhu tubuh diatas nilai normal **Gejala dan Tanda Minor** Subjektif (Tidak tersedia) Objektif Kulit merah 1. Kejang 2. Takikardi 3. Takipnea 4. Kulit terasa hangat	**Termoregulasi membaik (L.14134)** Setelah dilakukan keperawatan,maka termoregulasi membaik,dengan kriteria hasil : 1. Suhu tubuh membaik	**Manajemen Hipertermia (I.15506)** **Observasi** 1. Identifikasi penyebab hipertermi (mis: dehidrasi,terpapar lingkungan panas) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor keluaran urin 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia **Terapeutik** 1. Sediakan lingkungan yang dingin 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 (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi,leher,dada,abdomen,aksila) 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
Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019) **Definisi :** Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme **gejala dan Tanda Mayor** subjektif (tidak ada) Objektif 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal **Gejala dan Tanda Minor** subjektif 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun Objektif 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. diare	**Status nutrisi membaik (L.03030)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan,maka status nutrisi membaik,dengan kriteria hasil : 1. porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. berat badan membaik indeks massa tubuh (IMT) membaik	**Manajemen Nutrisi (I.03119)** **Observasi** 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium **Terapeutik** 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan,jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis:piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan protein 6. Berikan suplemen makanan,jika perlu **Edukasi** 1. Ajarkan posisi duduk,jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis : pereda

		nyeri,antiemietik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan,jika perlu
Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080) **Definisi :** Kondisi emosi dan pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. **Gejala dan Tanda Mayor** Subjektif 1. merasa bingung 2. merasa khawatir dengan akibat 3. sulit berkonsentrasi Objektif 1. tampak gelisah 2. tampak tegang 3. sulit tidur **gejala dan Tanda Mayor** Subjektif 1. mengeluh pusing 2. anoreksia 3. palpitasi 4. merasa tidak berdaya Objektif 1. frekuensi nafas meningkat 2. frekuensi nadi meningkat 3. tekanan darah meningkat 4. diaforesis 5. tremor	**Tingkat Ansietas Menurun (L.09093)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan,maka Tingkat ansietas menurun,dengan kriteria hasil : 1. verbalisasi kebingungan menurun 2. perilaku gelisah menurun 3. perilaku tegang menurun 4. konsentrasi membaik	**Reduksi Ansietas (I.09314)** **Observasi** 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi,waktu,stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal) **Terapeutik** 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan,jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang **Edukasi** 1. Jelaskan prosedur,termasuk

6. muka tampak pucat 7. suara bergetar 8. kontak mata buruk 9. sering berkemih 10. berorientasi pada masa lalu		sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis,pengobatan,dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien,jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif,sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 7. Latih relaksasi **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas,jika perlu
Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi (D.0111) **Definisi :** Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu **Gejala dan Tanda Mayor** Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukan presepsi yang keliru terhadap masalah **Gejala dan Tanda Minor**	**Tingkat Pengetahuan Meningkat (L.12111)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan,maka status tingkat pengetahuan meningkat,dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat	**Edukasi Kesehatan (L.15506)** **Observasi** 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat **Terapeutik** 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya **Edukasi**

1. Menjalani pemeriksaan yang tepat 2. Menunjukan perilaku berlebihan (mis. apatis,bermusuhan,agitasi,histeria)	5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	1. Jelaskan faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan Kelembaban ditandai dengan Kerusakan Lapisan Kulit (D.0129) **Definisi :** Kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa,kornea,fisia,otot,tendon,tulang,kartilago,kapsul sendi dan/atau ligamen) **Gejala dan Tanda Mayor** Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit **Gejala dan Tanda Minor** Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma	**Integritas Kulit meningkat (L.12125)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan,maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : 1. kerusakan lapisan kulit menurun	**Perawatan Integritas Kulit (I.11353)** **Observasi** 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi,perubahan status nutrisi,penurunan kelembaban,suhu lingkungan ekstrim,penurunan mobilitas) **Terapeutik** 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang,jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat,terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit sensitif 5. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering **Edukasi** 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion,serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup

		3. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 4. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
Nausea berhubungan dengan iritasi lambung (D.0076) **Definisi :** Perasaan tidak nyaman pada bagian tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah 1. mengeluh mual 2. merasa ingin muntah 3. tidak berniat makan Objektif (Tidak tersedia) **Gejala dan Tanda Minor** Subjektif 1. Merasa asam di mulut 2. Sensasi panas/dingin 3. Sering menelan Objektif 1. Saliva meningkat 2. Pucat 3. Diaforesis 4. Takikardia 5. Pupil dilatasi	**Tingkat Nausea Menurun (L.08065)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan,maka tingkat nausea menurun,dengan kriteria hasil : 1. Perasaan ingin muntah menurun	**Manajemen Mual (I.03117)** **Observasi** 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis : nafsu makan,aktivitas,kinerja,tanggung jawab,peran,dan tidur) 3. Identifikasi faktor penyebab mual (mis : pengobatan dan prosedur) 4. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual 5. Monitor mual (mis: frekuensi,durasi,dan tingkat keparahan) **Terapeutik** 1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap,suara,dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan,ketakutan,kelelahan) 3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 4. Berikan makanan dingin,cairan bening,tidak berbau,dan tidak berwarna,(jika perlu) **Edukasi**

	1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut,kecuali jika merangsang mual 3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak 4. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (mis : biofeedback,hipnosis,relaksasi,terapi musik, akupresur) **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian obat,jika perlu

Sumber:Supriyani, 2024

2.2.2.4 Pelaksanaan

Menurut (Aisyah, 2024) pelaksanaan keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatannya menuju kondisi yang lebih baik sesuai kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pelaksanaan ini merupakan bentuk penerapan rencana tindakan yang telah disusun guna mencapai tujuan tertentu.

2.2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan proses penilaian yang dilakukan dengan membandingkan perubahan kondisi pasien yang diamati dengan tujuan serta kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Dalam pelaksanaannya, perawat menilai respons klien terhadap intervensi yang telah diberikan serta menentukan apakah sasaran dalam rencana asuhan keperawatan telah tercapai dan dapat diterima. Perawat juga meninjau informasi terbaru dari klien untuk memperbarui, mengganti, atau menghapus diagnosis, tujuan, maupun intervensi keperawatan. Selain itu, evaluasi membantu perawat menetapkan target hasil yang ingin dicapai melalui kesepakatan bersama antara perawat dan klien. Proses ini berfokus pada individu maupun kelompok klien, serta menuntut kemampuan pengetahuan mengenai standar asuhan keperawatan dan pemahaman terhadap respons normal klien terhadap tindakan keperawatan (Kusuma & Surakarta, 2019).

2.2 Landasan Teori

2.2.1 Konsep Nyeri

2.2.1.1 Pengertian Nyeri

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul secara tiba-tiba sebagai respons fisiologis terhadap rangsangan yang bersifat merusak atau berpotensi merusak jaringan. Nyeri ini bersifat sementara (*time-limited*) dan berfungsi sebagai mekanisme protektif tubuh untuk memperingatkan adanya bahaya atau cedera (Jungquist et al., 2017).

Menurut (ismah & irman, 2024)nyeri akut merupakan sensasi tidak menyenangkan baik secara fisik maupun emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan nyata atau gangguan fungsi, muncul secara tiba-tiba maupun bertahap, dengan tingkat keparahan ringan sampai berat, serta berlangsung kurang dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2.2.1.2 Klasifikasi Nyeri Akut

Nyeri akut bisa dibedakan berdasarkan jenis dan cara terjadinya. Berdasarkan jenisnya, nyeri dibagi menjadi tiga tipe, yaitu nyeri perifer, nyeri sentral, dan nyeri psikogenik menurut (Setiadi & Irawandi, 2020) dalam (Yogi Kurniawan, 2016) :

a. Nyeri perifer terdiri dari tiga macam, yaitu:
   1. Nyeri superfisial adalah nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit atau lapisan mukosa.
   2. Nyeri viseral adalah nyeri yang terjadi karena rangsangan pada reseptor nyeri di area rongga perut, kepala, dan dada.

3. Nyeri alih adalah nyeri yang dirasakan di tempat yang berbeda dari jaringan yang sebenarnya menyebabkan nyeri.

b. Nyeri sentral terjadi karena rangsangan pada medula spinalis, batang otak, atau thalamus.

c. Nyeri psikogenik adalah nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui dan umumnya, nyeri ini disebabkan oleh faktor psikologis (Yogi Kurniawan, 2016).

2.2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri Akut

Nyeri akut yang dirasakan oleh setiap individu dapat berbeda-beda meskipun berasal dari penyebab yang sama. Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya (Patients et al., 2022).

a. Usia

Usia bisa mengubah cara seseorang merasakan dan mengalami rasa sakit. Orang tua sering kali mengalami rasa sakit dengan tingkat yang lebih tinggi dibandingkan orang dewasa muda dan sering kali tidak menginformasikan rasa sakit tersebut karena khawatir akan dampak obat atau merasa itu adalah hal yang normal seiring bertambahnya usia.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin berperan dalam bagaimana seseorang merespon rasa sakit. Pria biasanya kurang sering menunjukan rasa sakit dibandingkan wnita, tetapi ini tidak berarti mereka tidak merasakannya.

c. Pengalaman Nyeri sebelumnya

Pengalaman terhadap rasa sakit di masa lalu mempengaruhi bagaimana seseorang merasakan rasa sakit saat ini. Orang yang telah merasakan sakit biasanya memiliki cara menghadapi yang lebih baik, sehingga rasa sakit yang dialami lebih ringan.

2.2.1.4 Proses Terjadinya Nyeri Akut

Menurut (Jamal et al., 2022) nyeri merupakan suatu respons yang bersifat kompleks, melibatkan sistem saraf dalam proses pendeteksian, penghantaran, serta penafsiran rangsangan yang timbul akibat kerusakan jaringan atau adanya stimulus yang berpotensi membahayakan. Secara fisiologis, proses terjadinya nyeri berlangsung melalui empat tahapan utama, yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

1. Transduksi

Transduksi merupakan tahap awal terjadinya nyeri, yaitu perubahan rangsangan nosiseptif menjadi impuls listrik pada reseptor nyeri (nosiseptor). Rangsangan tersebut dapat bersifat mekanik, seperti tekanan; termal, seperti suhu ekstrem; maupun kimiawi, seperti mediator inflamasi termasuk prostaglandin dan bradikinin. Aktivasi nosiseptor menyebabkan masuknya ion natrium (Na^+) dan kalsium (Ca^{2+}) ke dalam sel saraf, sehingga menimbulkan depolarisasi membran.

2. Transmisi

Transmisi adalah proses penghantaran impuls nyeri dari perifer menuju sistem saraf pusat melalui serabut saraf aferen. Serabut A-delta berperan dalam menghantarkan nyeri yang tajam, cepat, dan terlokalisasi, sedangkan serabut C

membawa nyeri yang bersifat tumpul, lambat, dan menyebar. Impuls nyeri berjalan dari nosiseptor menuju akar dorsal medula spinalis, kemudian diteruskan ke thalamus sebagai pusat pemrosesan awal sebelum dikirim ke korteks serebri untuk interpretasi lebih lanjut.

3. Modulasi

Modulasi merupakan proses pengaturan impuls nyeri, baik berupa penguatan maupun penghambatan, sepanjang jalur saraf. Mekanisme ini terjadi terutama di sumsum tulang belakang pada substansia gelatinosa di tanduk dorsal, serta melibatkan sistem penghambat nyeri endogen. Neurotransmiter seperti serotonin, norepinefrin, dan endorfin berperan dalam menurunkan transmisi nyeri sehingga mencegah respons nyeri yang berlebihan.

4. Persepsi

Persepsi adalah tahap akhir ketika impuls nyeri diinterpretasikan oleh otak sebagai sensasi tidak nyaman atau menyakitkan. Proses ini berlangsung di korteks serebri, khususnya pada area somatosensorik, insula, dan korteks cingulate anterior. Persepsi nyeri sangat dipengaruhi oleh faktor psikologis dan emosional, seperti tingkat kecemasan, suasana hati, serta pengalaman nyeri sebelumnya.

2.2.1.5 Penilaian Skala Nyeri Akut

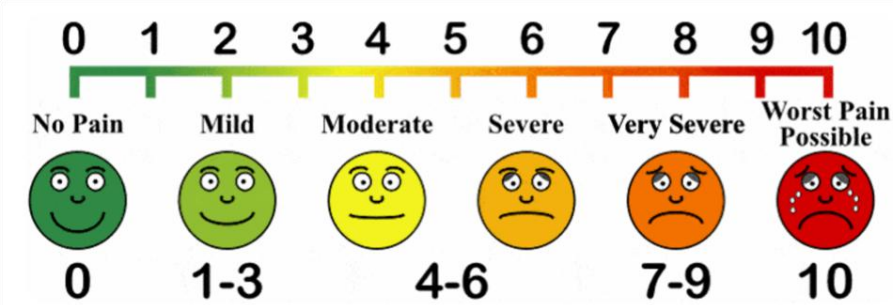
Penilaian dan pengukuran derajat nyeri sangatlah penting dalam proses diagnosis penyebab nyeri. Dengan penilaian dan pengukuran derajat nyeri dapat dilakukan tatalaksana nyeri yang tepat, evaluasi serta perubahan tata laksana sesuai dengan respon pasien. Nyeri harus diperiksa dalam. Penilaian nyeri meliputi anamnesis umum. pemeriksaan fisik, anamnesis spesifik nyeri dan evaluasi

ketidakmampuan yang ditimbulkan nyeri seperti lokasi nyeri, keadaan yang berhubungan dengan timbulnya nyeri, karakter nyeri, intensitas nyeri, gejala yang menyertai, efek nyeri terhadap aktivitas, tatalaksana yang sudah didapat, riwayat penyakit yang berkaitan dengan rasa nyeri dan faktor penyebabnya (Jamal et al., 2022).

Ada beberapa cara yang bisa membantu untuk mengetahui hal-hal lain yang mungkin mempengaruhi pengobatan pasien. akibat nyeri menggunakan skala assessment nyeri unidimensional (tunggal) atau multidimensi. Skala assessment nyeri undimensional ini meliputi :

a. *Visual Analog Scale* (VAS)

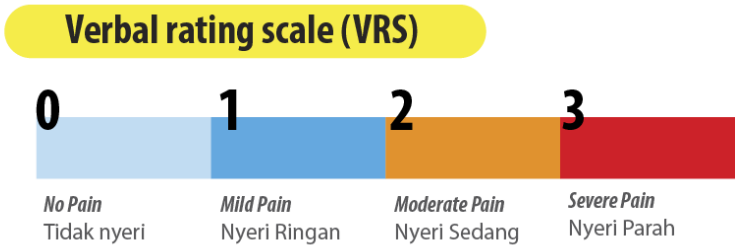
Gambar 2. 1 Visual Analog Scale (VAS)



Sumber: https://share.google/images/CqRJhbu1J8Ery5LpD

b. *Verbal Rating Scale* (VRS)

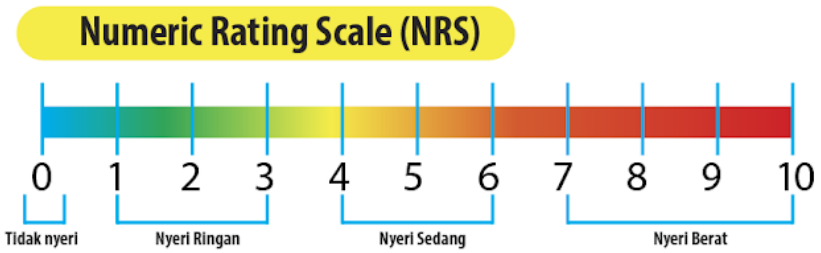
Gambar 2. 2 Verbal Rating Scale (VRS)



Sumber: www.perawatpicu.com

c. Skala Penilaian Numerik (NRS)

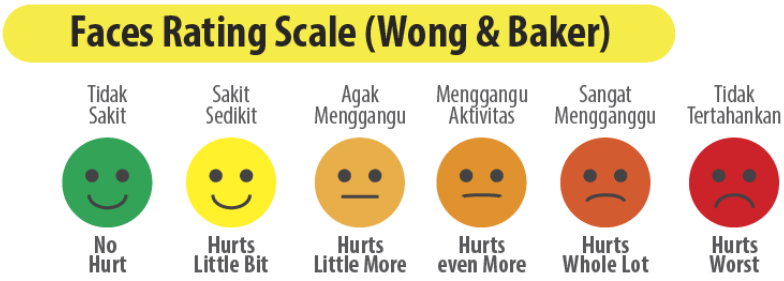
Gambar 2. 3 Skala Penilaian Numerik (NSR)



Sumber: www.perawatpicu.com

d. Skala Penilaian Rasa Nyeri *Wong Baker Scale*

Gambar 2. 4 Wong Baker Scale



Sumber: www.perawatpicu.com

Peringkat intensitas nyeri yang tinggi atau skala perilaku yang tidak memberikan respons perawatan biasa harus diteliti untuk menentukan apakah nyeri mungkin disebabkan oleh masalah medis baru atau komplikasi bedah dan peran potensial toleransi opioid dan tekanan psikologis (Majid, 2024).

Penilaian harus menentukan perencanaan apa yang efektif untuk nyeri, bagaimana nyeri mempengaruhi fungsi, jenis nyeri (misalnya, neuropati, visceral, somatic, kejang otot), dan apakah ada hambatan untuk manajemen nyeri yang efektif, seperti perbedaan budaya atau Bahasa, deficit kognitif, atau kesalahpahaman pasien tentang manajemen nyeri. Nyeri tidak cukup dinilai hanya Ketika pasien istirahat. Nyeri yang relative terkontrol dengan baik saat istirahat dapat menjadi berat selama Gerakan atau dengan aktivitas tertentu yang dapat menyebabkan peningkatan nyeri (misalnya, menelan setelah tonsilektomi), dengan implikasi penting untuk manajemen gejala dan pemulihan (Jamal et al., 2022).

2.2.1.6 Penatalaksanaan Nyeri Akut

Menurut Ningtyas et al. (2023) , penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan melalui pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis.

a. Pendekatan farmakologis dilakukan secara kolaboratif melalui pemberian obat analgetik dan NSAID yang bekerja dengan menghambat transmisi rangsangan nyeri, memodifikasi persepsi nyeri, serta menurunkan respons kortikal.
b. Pendekatan non farmakologis meliputi beberapa metode, antara lain :

    1. Terapi Pijat

       Terapi pijat merupakan intervensi nonfarmakologis yang dilakukan dengan memberikan tekanan, usapan, atau manipulasi pada jaringan tubuh secara manual maupun menggunakan alat. Tindakan ini bertujuan membantu tubuh menjadi lebih rileks, mengurangi ketegangan otot, dan menurunkan intensitas nyeri.

    2. Aromaterapi

       Aromaterapi adalah terapi komplementer yang memanfaatkan minyak esensial melalui inhalasi, pemijatan, atau kompres. Aroma yang dihasilkan dapat memberikan efek menenangkan, memperbaiki suasana hati, meningkatkan sirkulasi, serta membantu mengurangi persepsi terhadap nyeri.

    3. Teknik Imajinasi Terbimbing

       Teknik ini dilakukan dengan mengarahkan pasien untuk membayangkan suasana atau pengalaman yang menyenangkan.

Pengalihan perhatian tersebut membantu menurunkan kecemasan dan mengurangi sensasi nyeri.

4. Kompres Hangat

   Kompres hangat menggunakan suhu tertentu untuk merelaksasikan otot, mengurangi spasme, memperlancar aliran darah, dan membantu meredakan nyeri secara optimal.

Menurut (Potter & Perry, 2022) dalam (Asfida et al., 2025) terapi kompres hangat bekerja melalui mekanisme peningkatan vasodilatasi yang dapat memperlancar aliran darah, merelaksasi otot, serta menurunkan kejang otot. Selain itu, efek hangat juga berperan dalam menghambat penghantaran impuls nyeri menuju sistem saraf pusat.

Menurut (Tahir et al., 2025) Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa terapi kompres air hangat efektif menurunkan skala nyeri. Sebelum intervensi, sebanyak 75% pasien berada pada kategori nyeri sedang dan 25% pada nyeri berat, sedangkan setelah pemberian kompres hangat seluruh responden mengalami penurunan intensitas nyeri hingga 100%, sehingga dapat disimpulkan bahwa metode ini sangat efektif untuk mengurangi nyeri pada pasien kolik abdomen (Hadinata, 2023).

Penerapan kompres air hangat juga terbukti berhasil pada penelitian lain, di mana 86,7% responden awalnya berada pada skala nyeri sedang, lalu setelah terapi selama 15–20 menit sebagian besar responden (40%) mengalami penurunan menjadi nyeri ringan. Hasil tersebut menegaskan bahwa kompres hangat berpengaruh dalam membantu mengurangi dan mengatasi nyeri kolik abdomen (Darsini & Praptini, 2019; Pratama et al., 2022).

Media yang digunakan untuk kompres hangat dapat berupa kantong atau botol air panas, maupun handuk yang direndam dalam air hangat dengan suhu terkontrol antara 40–50°C (hangat kuku). Sementara kain pembungkus atau handuk digunakan sebagai lapisan pelindung, dan prosedur dilakukan dengan menggunakan sarung tangan bersih sesuai kebijakan fasilitas kesehatan. Mengaplikasikan kompres hangat selama 10-20 menit dan dilakukan sebanyak 3 kali atau lebih dalam sehari dengan bantuan buli-buli air hangat di area yang nyeri terbukti membantu mengurangi rasa sakit secara positif (Nida, Suhanda, & Yuda, 2018).