

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Medis Gastritis

2.1.1 Pengertian

Gastritis adalah peradangan lokal atau difus pada mukosa lambung yang disebabkan oleh mikroorganisme atau iritan yang mengganggu mekanisme pertahanan mukosa. Gastritis adalah gangguan inflamasi yang mempengaruhi mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus, atau terlokalisir dan disebabkan oleh diet, obat-obatan, bahan kimia, stres, dan bakteri (Dillasamola, 2023).

Gastritis adalah proses inflamasi yang mempengaruhi mukosa dan submukosa lambung, atau kondisi kesehatan yang disebabkan oleh faktor iritasi dan infeksi. Secara histopatologis, ini ditandai dengan adanya infiltrasi sel inflamasi di daerah tersebut. Ada dua jenis gastritis yaitu akut dan kronis. Infiltrasi ini menyebabkan sel-sel darah putih bermigrasi ke dinding lambung sebagai respons terhadap kelainan di sana (Dillasamola, 2023).

Berdasarkan definisi yang disebutkan di atas, gastritis adalah peradangan pada mukosa lambung. Makanan, obat-obatan, bahan kimia, stres, dan bakteri adalah penyebab potensial gastritis. Gastritis dibagi menjadi dua jenis: akut dan kronis (Dillasamola, 2023).

2.1.2 Etiologi

Menurut Dillasamola (2023), beberapa faktor penyebab gastritis yaitu:

1. Infeksi bakteri

Sebagian besar populasi di dunia terinfeksi bakteri *H. pylori*, yang tinggal di lapisan dalam mukosa yang melindungi lambung. Meskipun tidak jelas bagaimana bakteri ini dapat menyebar, diyakini bahwa penularan terjadi secara oral atau melalui konsumsi makanan atau minuman yang terinfeksi bakteri ini. Infeksi *H. pylori* sering terjadi pada masa kanak-kanak dan dapat bertahan seumur hidup jika tidak diobati (Dillasamola, 2023).

Infeksi *H. pylori* ini sekarang diakui sebagai penyebab utama tukak lambung dan penyebab gastritis yang paling umum. Infeksi jangka panjang menyebabkan peradangan yang luas, yang mengarah pada perubahan lapisan pelindung lambung. Salah satu perubahan itu adalah gastritis atrofik, yang terjadi ketika kelenjar penghasil asam secara bertahap mengalami degradasi (Dillasamola, 2023).

2. Pemakaian obat penghilang nyeri secara terus menerus

Obat analgesik anti-inflamasi non-steroid (NSAID), seperti aspirin, ibuprofen, dan naproxen, dapat menyebabkan iritasi lambung dengan mengurangi prostaglandin, zat yang melindungi lapisan lambung. Jika obat-obat ini digunakan jarang, kemungkinan kecil mengalami masalah lambung. Namun, jika digunakan secara terus-menerus atau dalam jumlah besar, obat-obat ini dapat mengakibatkan gastritis dan tukak lambung (Dillasamola, 2023).

3. Penggunaan alkohol secara berlebihan

Bahkan dalam kondisi normal, alkohol dapat mengiritasi dan mengikis mukosa lambung, membuatnya lebih sensitif terhadap asam lambung (Dillasamola, 2023).

4. Penggunaan kokain

Kokain dapat merusak lambung dan mengakibatkan perdarahan dan gastritis (Dillasamola, 2023).

5. Stress fisik

Stress fisik akibat operasi besar, luka trauma, luka bakar atau infeksi berat dapat mengakibatkan gastritis, tukak serta perdarahan pada lambung (Dillasamola, 2023).

6. Kelainan autoimun

Autoimmune atrophic gastritis muncul ketika sistem kekebalan menyerang sel-sel sehat di lapisan lambung. Ini menyebabkan peradangan dan secara bertahap mengurangi ketebalan dinding lambung, merusak kelenjar penghasil asam dan mempengaruhi pembentukan faktor intrinsik (sebuah zat kimia yang membantu penyerapan vitamin B12). Kekurangan B12 pada akhirnya dapat menyebabkan anemia pernisiiosa, sebuah kondisi serius yang jika tidak dirawat dapat mempengaruhi seluruh sistem dalam tubuh. *Autoimmune atrophic* gastritis terjadi terutama pada orang tua (Dillasamola, 2023).

7. *Crohn's disease*

Kondisi ini biasanya menyebabkan peradangan kronis pada dinding sistem pencernaan, namun terkadang dapat memicu peradangan pada dinding

lambung. Ketika lambung terkena penyakit ini, gejala penyakit *Crohn* (seperti ketidaknyamanan perut dan diare cair) tampak lebih menonjol dibandingkan dengan gejala gastritis (Dillasamola, 2023).

8. Radiasi dan kemoterapi

Pengobatan kanker seperti kemoterapi dan radiasi, dapat menyebabkan peradangan pada dinding lambung yang dapat berkembang menjadi gastritis dan ulkus peptikum. Ketika tubuh terpapar sejumlah kecil radiasi, kerusakan yang terjadi biasanya bersifat sementara, namun dalam kadar tinggi dapat menyebabkan kerusakan permanen, mengikis lambung, dan menghancurkan kelenjar penghasil asam lambung (Dillasamola, 2023).

9. Penyakit bile reflux

Bile (empedu) adalah cairan yang diproduksi oleh tubuh untuk membantu dalam pencernaan lipid. Cairan ini dihasilkan oleh hati. Ketika dikeluarkan, empedu akan melalui sejumlah saluran kecil dan masuk ke usus halus. Dalam keadaan normal, otot sfingter yang berbentuk cincin (*pyloric valve*) mencegah empedu kembali ke lambung. Namun, empedu akan masuk ke lambung dan menyebabkan iritasi serta gastritis jika katup ini tidak berfungsi dengan baik (Dillasamola, 2023)

10. Faktor-faktor lain

Gastritis sering kali dikaitkan dengan berbagai masalah medis seperti HIV/AIDS, infeksi parasit, dan gagal hati atau ginjal. Gastritis adalah suatu penyakit yang mungkin kambuh. Kebiasaan makan yang buruk dapat berkontribusi pada kekambuhan gastritis. Kebiasaan makan yang buruk,

berlebihan, dan tidak teratur menyebabkan peningkatan produksi cairan lambung (Dillasamola, 2023).

2.1.3 Klasifikasi

Menurut Dillasamola (2023), gastritis dibagi dalam beberapa jenis antara lain:

1. Gastritis Akut

Stres, obat-obatan, dan alkohol, serta makanan pedas, panas, atau asam, semuanya dapat memicu gastritis akut. Selama stres, saraf simpatik dari saraf vagus (Nervus Vagus) diaktifkan, meningkatkan produksi asam klorida (HCl) di lambung. HCl di lambung dapat mengakibatkan anoreksia, mual, dan muntah. Gastritis akut adalah peradangan pada mukosa lambung yang disebabkan oleh paparan zat pengiritasi, yang mengakibatkan erosi dan perdarahan (Dillasamola, 2023).

Lapisan otot lambung tidak terpengaruh oleh erosi. Penyebab paling umum dari gastritis akut adalah mengonsumsi makanan yang sangat asam atau alkalin, yang dapat menyebabkan mukosa menjadi gangren atau perforasi. Gastritis akut adalah peradangan bersifat akut pada mukosa lambung, pada dasarnya merupakan kondisi ringan dan bisa sembuh dengan sendirinya. (Dillasamola, 2023).

2. Gastritis Kronik

Gastritis kronis merupakan peradangan jangka panjang umumnya menahun dari permukaan mukosa lambung yang sering bersifat multifactor dengan berbagai manifestasi klinis (Dillasamola, 2023). Gastritis kronis dibagi menjadi tiga kategori

a. Gastritis kronik superfisial

Gastritis kronis superfisial adalah peradangan yang berkepanjangan pada mukosa lambung. Pada pemeriksaan histopatologis menunjukkan gambaran penebalan mukosa, yang mengakibatkan perubahan seperti infiltrasi limfositik, sel plasma di lamina propria, dan leukosit polimorfonuklear. Gastritis kronis superfisial ini merupakan tanda awal perkembangan gastritis kronis (Dillasamola, 2023).

b. Gastritis kronik atrofik

Gastritis kronik atrofik ditandai dengan sel-sel peradangan yang terus-menerus meluas lebih dalam dan distorsi serta penghancuran yang lebih parah pada sel-sel kelenjar mukosa. Gastritis atrofik dianggap sebagai kelanjutan dari gastritis kronis superfisial (Dillasamola, 2023).

c. Gastritis kronik hipertropik

Suatu kondisi gastritis ditandai dengan pertumbuhan nodul yang tidak teratur, tipis, dan berdarah pada mukosa lambung (Dillasamola, 2023).

2.1.4 Manifestasi Klinis

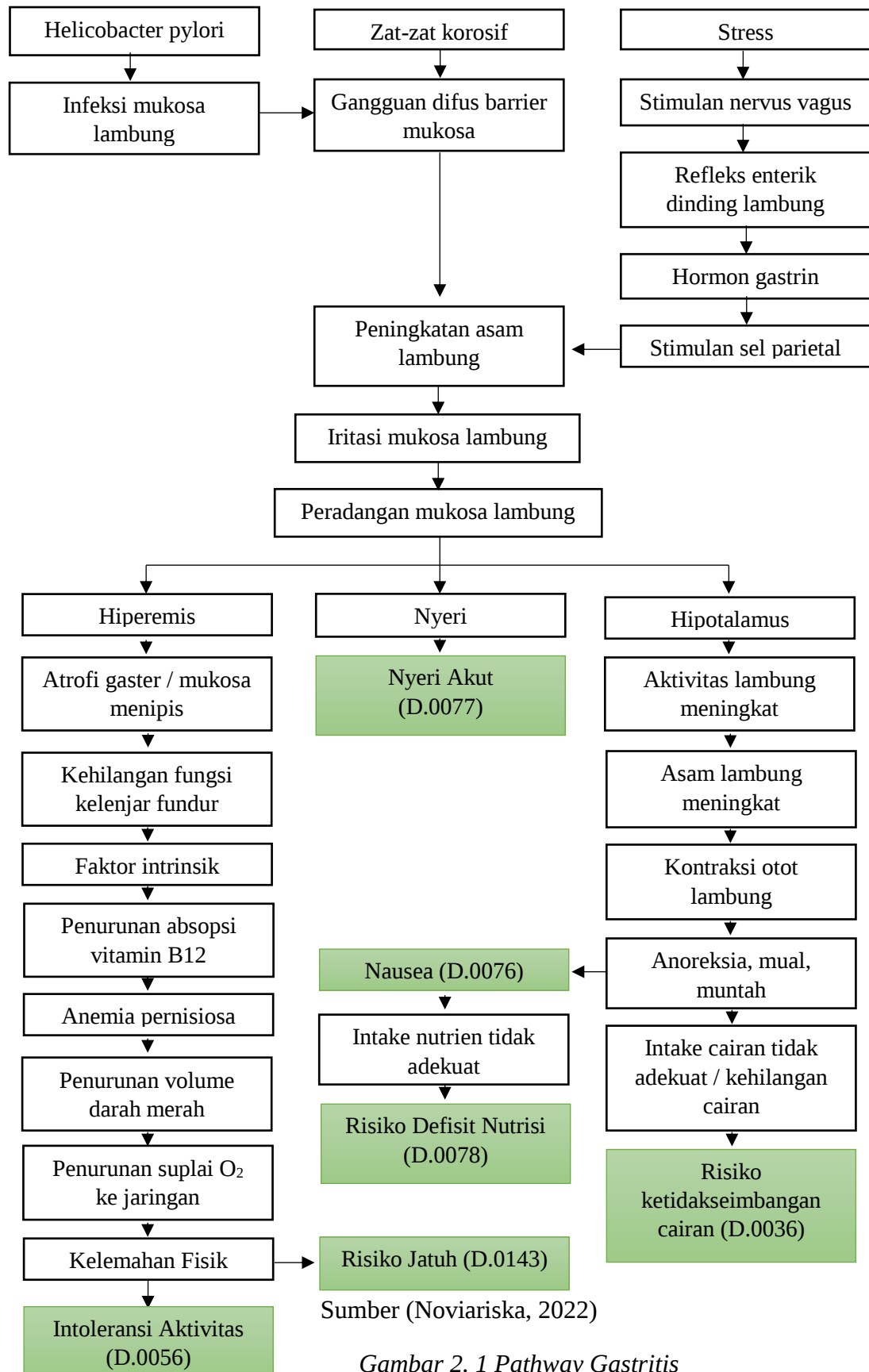
Salah satu gejala yang paling umum dari gastritis adalah nyeri perut atau perih di lambung. Kondisi inflamasi yang disebabkan oleh iritasi pada mukosa lambung bisa menjadi penyebabnya. Namun gejala gastritis tidak selalu terasa perih, gejala lain seperti flatus yang sering, merasa kenyang dengan cepat, atau ketidaknyamanan perut yang disertai dengan kembung atau mual. Gejala lainnya adalah sensasi pahit di mulut. Rasa asam atau pahit di mulut dan kerongkongan

kadang-kadang dapat terjadi akibat terlalu banyak asam lambung yang mendorong naik ke kerongkongan (Dillasamola, 2023).

Gejala gastritis akut biasanya ditandai dengan adanya sindrom dyspepsia yang berupa nyeri epigastrik, mual, muntah, kembung, gas berlebih, cepat kenyang, perasaan penuh di perut, rasa panas, dan sendawa yang sering. Selain itu, mungkin ditemukan pula perdarahan usus yang ditandai dengan melena dan hematemesis, diikuti oleh gejala anemia setelah perdarahan (Dillasamola, 2023).

Pada gastritis kronik biasanya tidak menimbulkan gejala gastritis yang persisten. Hanya sedikit yang mengeluh kehilangan berat badan, nyeri ulu hati, anoreksia, mual, ketidaknyamanan epigastrik, atau keluhan yang berhubungan dengan anemia, dan pemeriksaan fisik tidak menunjukkan kelainan. Gejala gastritis kronis yang berkembang secara bertahap biasanya menimbulkan perasaan kenyang atau kehilangan nafsu makan setelah beberapa suapan makanan, serta nyeri perut bagian atas yang tumpul atau ringan (Dillasamola, 2023).

2.1.5 Pathway



2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gastritis yaitu dengan membantu meredakan nyeri dengan pendekatan farmakologis dan non farmakologis. Metode farmakologis dan non-farmakologis digunakan untuk membantu mengurangi rasa sakit dalam pengobatan gastritis. Mengurangi kondisi peradangan, menghilangkan keluhan nyeri, dan menghindari tukak lambung serta komplikasi lainnya adalah tujuan utama pengobatan gastritis (Harni, 2023).

1. Penatalaksanaan medis pada gastritis menurut Nur Afida (2023) meliputi:
 - a. Antikoagulan bila terjadi pendarahan lambung.
 - b. Pengobatan untuk gastritis yang tidak parah terdiri dari antasida dan istirahat. Sementara untuk gastritis yang parah, cairan dan elektrolit diberikan secara intravena untuk menjaga keseimbangan cairan hingga gejala menghilang.
 - c. Histonin ranitidin dapat diberikan untuk mencegah produksi asam lambung, ranitidin membantu mengurangi ketidaknyamanan lambung
 - d. Sulcralfate diberikan untuk melapisi mukosa lambung dan melindunginya dari difusi pepsin dan asam yang mengiritasi
 - e. Untuk mengobati penyumbatan pylorus, dilakukan operasi untuk mengangkat gangren dan perforasi, gastrojejunostomi, atau reseksi lambung.
2. Penatalaksanaan secara keperawatan adalah sebagai berikut:
 - a. Tirah baring

Bedrest atau tirah baring untuk membantu pasien pulih dari kondisi medis dengan membiarkan mereka berbaring di tempat tidur untuk waktu

yang lama. Untuk pasien gastritis yang mengalami mual, tirah baring memiliki rasional yaitu dapat meningkatkan stamina tubuh, karena saat mereka berbaring, aktivitas lambung mereka melambat dan mereka merasa rileks yang memungkinkan mereka untuk beraktivitas kembali (Nurhanifah et al., 2019).

b. Mengurangi stress

Stres menyebabkan perubahan hormonal dalam tubuh, hal ini merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap kambuhnya gastritis. Perubahan ini dapat menyebabkan sel-sel di lambung memproduksi lebih banyak asam. Asam yang berlebihan menyebabkan kembung, nyeri, dan ketidaknyamanan. Dampaknya, dinding lambung dapat menjadi luka jika ini terus berlanjut dalam waktu yang lama (Nur Afida, 2023).

c. Diet

Setelah 12 hingga 24 jam, makanan yang dihaluskan seperti puding, jeli, dan sup biasanya baru dapat ditoleransi, dan makanan selanjutnya ditambahkan secara bertahap. Makanan yang sangat berbungu atau berlemak biasanya dikonsumsi oleh pasien dengan gastritis superfisial kronis (Pusfitasari et al., 2024).

2.1.7 Komplikasi

Berbagai komplikasi dapat terjadi akibat gastritis. Penyakit yang timbul sebagai komplikasi penyakit gastritis antara lain:

1. Anemia pernesiosa
2. Penyerapan vitamin B12 yang terganggu
3. Penyempitan daerah antrum pylorus
4. Gangguan penyerapan zat besi (Novitayanti, 2020).

Beberapa jenis dari gastritis kronis dapat meningkatkan risiko kanker lambung, terutama jika dinding lambung terus-menerus menipis dan berubah dalam hal sel-selnya. Sebagian besar kanker lambung adalah adenokarsinoma, yang bermula pada sel-sel kelenjar dalam mukosa. Infeksi *Helicobacter pylori* umumnya merupakan penyebab adenokarsinoma tipe 1 (Harni, 2023).

2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan

2.2.1 Pengertian

Nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan individu. Menurut *International Association for the Study of Pain* (Asosiasi Internasional untuk Penelitian Nyeri), mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh kerusakan aktual maupun potensial (Nurhanifah & Sari, 2022). Nyeri sering dialami dan bersamaan dengan proses penyakit atau selama tes diagnostic dan pengobatan. Nyeri sering timbul sebagai manifestasi klinis pada suatu proses patologis, dimana nyeri tersebut memprovokasi saraf-saraf sensorik nyeri menghadirkan respon ketidaknyamanan, distress, atau penderitaan (Nurhanifah & Sari, 2022).

Nyeri Akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017).

2.2.2 Data Mayor dan Data Minor

Menurut PPNI (2017), data mayor dan minor pada diagnosa keperawatan nyeri akut meliputi hal-hal berikut:

Tabel 2. 1 Data Mayor dan Data Minor Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut
Gejala dan tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis
	2. Bersikap proektif (missal waspada, posisi menghindari nyeri)
	3. Gelisah
	4. Frekuensi nadi meningkat
	5. Sulit tidur
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif
	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaphoresis

2.2.3 Faktor Penyebab

Menurut PPNI (2017), faktor penyebab dari diagnosa keperawatan nyeri akut adalah sebagai berikut.

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

2.2.4 Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda (Anwar et al., 2025). Berikut adalah beberapa pengukuran intensitas nyeri:

1. *Verbal Descriptor Scale* (VDS)

Skala pendeskripsian verbal (*Verbal Descriptor scale*, VDS) merupakan instrumen yang lebih objektif tentang tingkat keparahan nyeri. Deskripsi VDS diranking dari “tidak ada nyeri” hingga “nyeri tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan skala kepada pasien dan meminta mereka untuk memilih tingkat nyeri terbaru yang mereka alami. Alat ini memungkinkan pasien memilih kategori untuk menggambarkan nyeri yang mereka rasakan.

2. *Visual Analogue Scale* (VAS)

VAS adalah representasi linier yang menunjukkan pengukuran nyeri yang konsisten. Skala Analog Visual (*Visual Analog Scale*) adalah garis lurus

yang menunjukkan intensitas nyeri secara kontinu dan memiliki deskriptor verbal di kedua ujungnya (Anwar et al., 2025).

3. *Numeric Rating Scale (NRS)*

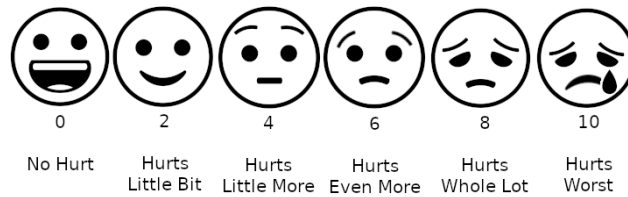
Skala penilaian numerik (*Numerical rating scale*, NRS) semakin banyak digunakan untuk menggantikan alat deskriptif verbal. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan rentang skala 0 hingga 10. Skala ini sangat efektif untuk mengukur tingkat keparahan nyeri sebelum dan sesudah intervensi (Anwar et al., 2025). Berikut merupakan kategori *Numerical rating scale* (NRS).

- a. 0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.
- b. 1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.
- c. 4-6 : rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang.
- d. 7-10: rasa nyeri sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat.

(Anwar et al., 2025)

4. *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*

Skala ini terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah tersenyum untuk mewakili tidak adanya rasa sakit, yang cepat berubah menjadi wajah yang kurang ceria, wajah yang sangat sedih, dan akhirnya wajah yang sangat ketakutan untuk menunjukkan bahwa skala nyeri yang dirasakan sangat nyeri (Anwar et al., 2025).



Gambar 2. 2 *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*

Skala nyeri tersebut banyak digunakan pada pasien pediatrik dengan kesulitan atau keterbatasan verbal. Dijelaskan kepada pasien mengenai perubahan mimik wajah sesuai rasa nyeri dan pasien memilih sesuai rasa nyeri yang dirasakannya (Anwar et al., 2025).

2.2.5 Karakteristik Nyeri

Karakteristik nyeri dapat diamati atau diukur berdasarkan lokasinya, durasi (menit, jam, hari, atau bulan), ritme/periode (terus-menerus, hilang timbul, peningkatan atau penurunan intensitas), dan kualitasnya (ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau supervisial, atau bahkan seperti digencet) (Noviariska, 2022). Karakteristik nyeri dapat juga dilihat berdasarkan metode PQRST, P (*Provocate*), Q (*Quality*), R (*Region*), S (*Scale*), T (*Time*).

1. P (*Provocate*), tenaga kesehatan harus menganalisis alasan nyeri pada pasien, dalam hal ini penting untuk mempertimbangkan bagian tubuh mana yang terluka, serta hubungan antara rasa sakit yang dialami dan masalah psikologis, karena nyeri yang signifikan mungkin muncul akibat masalah psikologis bukan dari lukanya (Noviariska, 2022).
2. Q (*Quality*) kualitas nyeri, merupakan hal subyektif yang diungkapkan oleh klien, pasien seringkali menjelaskan nyeri dengan kalimat nyeri seperti ditusuk, terbakar, nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti di gencet (Noviariska, 2022)..

3. R (*Region*), untuk menentukan lokasi, pasien diminta menunjukkan area/wilayah yang membuat nyeri untuk (Noviariska, 2022).
4. S (*Scale*), tingkat keparahan adalah hal yang paling subjektif yang dirasakan oleh pasien. Pasien akan diminta untuk mengkarakterisasi kualitas nyeri, yang harus diungkapkan menggunakan skala nyeri kuantitatif menggunakan skala nyeri dari 1 sampai 10 (Noviariska, 2022).
5. T (*Time*), tenaga kesehatan mengkaji durasi, dan pola nyeri. Sangat penting untuk menentukan kapan nyeri mulai muncul, berapa lama pasien menderita, seberapa sering nyeri itu kambuh, dan lain-lain (Noviariska, 2022).

2.2.6 Penatalaksanaan nyeri

Strategi manajemen nyeri atau dikenal sebagai manajemen nyeri adalah tindakan untuk mengurangi nyeri. Dokter, perawat, bidan, fisioterapis, pekerja sosial, dan berbagai disiplin ilmu lainnya dapat memberikan manajemen nyeri (Anwar et al., 2025). Salah satu penatalaksanaan nonfarmakologis yang dapat diterapkan oleh perawat pada pasien yaitu relaksasi. Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Nurhanifah & Sari, 2022). Contoh dari relaksasi untuk menurunkan nyeri adalah relaksasi benson dan *finger hold*.

1. Relaksasi Benson

Relaksasi Benson adalah kombinasi dari teknik respons relaksasi dan keyakinan pribadi (berfokus pada ekspresi tertentu dari nama Tuhan atau kata yang memiliki dampak menenangkan pada klien) yang diulang dengan ritme yang teratur dan pasrah. Formula kata-kata atau kalimat tertentu yang dibaca

berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan dan keyakinan akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan hanya relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan (Sisila et al., 2022).

Teknik ini memiliki efek positif pada pengurangan kecemasan dan gangguan mood, peningkatan aktivitas fisik, dan peningkatan kualitas tidur, kualitas hidup, serta penurunan intensitas nyeri (Sisila et al., 2022). Cara kerja teknik relaksasi benson ini yaitu menarik nafas dalam. Pernafasan yang panjang akan memberikan energi yang cukup, karena pada waktu menghembuskan nafas mengeluarkan karbondioksida (CO₂) dan pada saat menghirup nafas panjang mendapatkan oksigen yang sangat membantu tubuh dalam membersihkan darah dan mencegah kerusakan jaringan otak akibat kekurangan oksigen (hipoksia), sehingga oksigen dalam otak tercukupi dan tubuh akan menjadi rileks (Sisila et al., 2022).

Teknik relaksasi benson dapat membantu mengurangi tingkat nyeri pada individu dengan gastritis. Hal ini karena pernapasan yang panjang menyediakan energi yang cukup, ketika mengeluarkan napas melepaskan karbondioksida dan mengambil napas dalam membawa oksigen. Proses ini sangat membantu tubuh dalam membersihkan darah dan memfasilitasi tubuh agar rileks sehingga mengurangi nyeri (Noviariska, 2022).

2. *Finger hold*

Finger hold atau relaksasi genggam jari adalah komponen dari metode relaksasi yang dapat membantu mengurangi rasa nyeri bagi individu yang menderita gastritis. Teknik ini memungkinkan individu untuk melepaskan

ketegangan fisik dan mental, yang mengarah pada peningkatan kemampuan untuk bertahan terhadap nyeri (Pranata et al., 2024).

Menggenggam jari sambil mengatur napas (relaksasi) dilakukan selama kurang lebih 3-5 menit dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggaman jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi meridian (*energy channel*) yang terletak pada jari tangan kita. Titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan gelombang listrik menuju otak yang akan diterima dan diproses dengan cepat, lalu diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Pranata et al., 2024).

Menurut Satria et al (2025), hasil penerapan implementasi relaksasi genggam jari dan relaksasi benson di RPD B RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro, mampu menurunkan nyeri pada pasien dispepsia. Pada penelitiannya, Satria et al (2025) merekomendasikan teknik relaksasi genggam jari dan relaksasi benson digunakan sebagai tindakan non farmakologis yang dilakukan untuk penurunan skala nyeri pada penderita dispepsia.

Efek farmakologis dari analgesik (obat pereda nyeri) bisa memengaruhi bagaimana seseorang merasakan nyeri. Jika terapi non farmakologi (misalnya, teknik relaksasi) diberikan bersamaan atau terlalu dekat dengan pemberian analgesik, efek dari analgesik bisa mengaburkan hasil terapi non farmakologi, sehingga sulit untuk menentukan mana yang lebih efektif dalam meredakan nyeri (Perwira Kusuma et al., 2024).

Terapi non farmakologis untuk nyeri sebaiknya diberikan pada waktu yang tidak terlalu dekat setelah pemberian analgesik. Anjuran pemberiannya sebagai berikut (Perwira Kusuma et al., 2024).

1. 4-6 jam setelah analgesik: Memberikan waktu cukup bagi analgesik untuk bekerja dan efeknya mulai berkurang, sehingga terapi non farmakologi bisa dinilai secara lebih jelas.
2. 30 menit sebelum analgesik : Memberikan terapi non farmakologi terlebih dahulu dapat membantu mengurangi intensitas nyeri, sehingga dosis analgesik yang dibutuhkan bisa lebih kecil.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap pertama dari proses keperawatan, dimana data tentang individu, keluarga, dan kelompok dikumpulkan secara sistematis. Pengkajian harus komprehensif, mencakup faktor biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Manurung & Frenadez, 2024).

2.3.2 Pengumpulan Data

Pada tahap ini, peneliti mengumpulkan dan mengukur informasi tentang variabel yang ditargetkan untuk mendukung tujuan studi dengan menggunakan berbagai cara untuk memastikan data yang benar (Manurung & Frenadez, 2024).

1. Identitas klien

Meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor dan nomor registrasi.

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Klien dengan gastritis biasanya mengeluh nyeri pada perut bagian atas (epigastrium) tepatnya di ulu hati.

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien yang menderita gastritis biasanya bergantung hanya pada gejala klinis yang muncul secara mendadak, termasuk mual, muntah, ketidaknyamanan/nyeri, kelelahan, nafsu makan yang berkurang, atau sakit kepala.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat konsumsi makanan dan minuman yang mengandung banyak rempah-rempah, serta mengandung kafein dan alkohol, yang merupakan zat-zat yang dapat mengiritasi lapisan lambung, kebiasaan makan dan perilaku makan yang tidak teratur.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Lengkapi dengan mencantumkan nama-nama penyakit serius yang pernah diderita anggota keluarga, terutama fokus pada riwayat kesehatan, khususnya kondisi genetik dan turun-temurun.

3. Pola Aktivitas Sehari-hari

a. Pola Tidur/Istirahat

Difokuskan pada pola tidur, istirahat, relaksasi dan bantuan bantuan untuk merubah pola tersebut.

b. Pola Eliminasi

Pola fungsi ekskresi fases, urine dan kulit seperti pola BAB, BAK, dan gangguan atau kesulitan ekskresi. Faktor yang mempengaruhi fungsi ekskresi seperti pemasukan cairan dan aktivitas.

c. Pola Makan dan Minum

Peningkatan asam lambung pada penderita gastritis akan menurunkan nafsu makan, karena produk sekretorik lambung akan lebih banyak mengisi lumen lambung sehingga mempengaruhi nafsu makan pasien.

d. Kebersihan Diri/*Personal Hygiene*

Difokuskan pada upaya yang dilakukan individu dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya baik secara fisik maupun mental guna memberikan perasaan stabil dan aman pada diri individu.

e. Pola Kegiatan/Aktivitas Lain

Difokuskan pada pola aktivitas lain yang dilakukan oleh pasien.

4. Data Psikososial

Stress merupakan salah satu faktor penyebab gastritis. Apabila stress dibiarkan maka kondisi ini menyebabkan perubahan patologis dalam jaringan organ tubuh manusia melalui saraf otonom. Sebagai akibatnya akan timbul penyakit adaptasi yang berupa gastritis.

5. Data Spiritual

Fokus identifikasi mengenai spiritual pasien seperti keyakinan terhadap sehat dan sakit, kebiasaan beribadah setiap harinya, serta adakah permasalahan terkait spiritual.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Klien dengan gastritis yang mengalami perdarahan hebat dapat menimbulkan hipotensi, dan takikardi sampai gangguan kesadaran.

b. Tanda-tanda Vital

Periksa tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu tubuh, dan saturasi oksigen pasien.

c. Pemeriksaan Kepala dan leher

a) Kepala dan rambut

Inspeksi : ukuran lingkar kepala, bentuk, kesimetrisan, adanya lesi atau tidak, kebersihan rambut dan kulit kepala, warna, rambut, jumlah dan distribusi rambut.

Palpasi : adanya pembengkakan/penonjolan, dan tekstur rambut.

b) Mata

Inspeksi: Pada penderita gastritis yang mengalami perdarahan hebat akan terlihat pucat dan konjungtiva anemis.

Palpasi: Penderita gastritis biasanya akan teraba keringat dingin

c) Hidung

Inspeksi : hidung eksternal (bentuk, ukuran, warna, kesimetrisan), rongga, hidung (lesi, sekret, sumbatan, pendarahan), hidung internal (kemerahan, lesi, tanda infeksi)

Palpasi dan Perkusi frontalis dan, maksilaris (bengkak, nyeri, dan septum deviasi).

d) Telinga

Inspeksi: bentuk dan ukuran telinga, kesimetrisan, integritas, posisi telinga, warna, liang telinga (serumen atau tanda- tanda infeksi), alat bantu dengar. Palpasi: nyeri tekan aurikuler, mastoid, dan tragus.

e) Mulut dan Faring

Inspeksi dan palpasi struktur luar : warna mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi, dan stomatitis.

Inspeksi dan palpasi struktur dalam: Pasien dengan gastritis sering mengalami neusa dan rasa ingin vomitus.

f) Leher

Periksa dan rasakan kelenjar tiroid (benjolan/penyebaran, ukuran, tepi, tekstur, nyeri, kebebasan bergerak atau perlengketan pada kulit), kelenjar getah bening (posisi, tekstur, nyeri, pembengkakan), kelenjar parotis (posisi, terlihat atau terasa).

d. Pemeriksaan Integumen (Kulit)

Integumen pada pasien gastritis cenderung normal. Namun pada beberapa kondisi pasien bisa tampak pucat dan berkeringat dingin karena gejala yang dirasakan berupa mual dan nyeri di ulu hati.

e. Pemeriksaan Payudara dan Ketiak

Ukuran dan bentuk payudara, warna payudara dan areola umumnya normal, tidak terdapat kelainan payudara dan puting pada pasien dengan gastritis, serta tidak ada kelainan pada axila dan clavicular.

f. Pemeriksaan Thorak/Dada

Inspeksi: kesimetrisan, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/ menonjolan.

Palpasi: Simetris, pergerakan dada, massa dan lesi, nyeri, tractile fremitus. Perkusi: paru, eksrusi diafragma (konsistensi dan bandingkan satu sisi dengan satu sisi lain pada tinggi yang sama dengan pola berjenjang sisi ke sisi). Normal: resonan (“dug dug dug”), jika bagian padat lebih daripada bagian udara=pekak (“bleg bleg bleg”), jika bagian udara lebih besar dari bagian padat=hiperesonan (“deng deng deng”), batas jantung=bunyi rensonan hilang atau redup (Noviariska, 2022).

Auskultasi: suara nafas, trachea, bronchus, paru (dengarkan dengan menggunakan stetoskop di lapang paru kiri kanan, di RIC 1 dan 2, di atas manubrium dan di atas trakea) (Noviariska, 2022).

g. Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi: kuadran dan simetris, contour, warna kulit, lesi, scar, ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus, dan gerakan dinding perut.

Auskultasi: suara peristaltik (bising usus) di semua kuadran (bagian diafragma dari stetoskop) dan suara pembuluh darah dan *friction rub* : aorta, arteri renalis, arteri illiaca (bagian bell).

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

Perkusi: untuk memperkirakan ukuran hepar, adanya udara pada lambung dan usus (timpani atau redup). Untuk mendengarkan atau mendeteksi adanya gas, cairan atau massa dalam perut-bunyi perkusi pada perut yang normal adalah timpani, tetapi bunyi ini dapat berubah pada keadaan- keadaan tertentu misalnya apabila hepar dan limpa membesar, maka bunyi perkusi akan menjadi redup, khususnya perkusi di daerah bawah arkus kosta kanan dan kiri (Noviariska, 2022).

h. Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sekitarnya

Inspeksi pertumbuhan rambut membentuk segitiga. Kulit perineal sedikit lebih gelap, halus, dan bersih. Membrane tampak merah muda dan lembab. Amati kulit dan area pubis, perhatikan apakah ada lesi, luka, leukoplakia, dan eksoria.

i. Pemeriksaan Muskuloskeletal (Ekstremitas)

Inspeksi: struktur muskuloskeletal : simetris dan pergerakan, integritas kulit, posisi, dan letak, ROM, kekuatan, dan tonus otot.

Palpasi: palpasi nyeri tekan, lesi, dan benjolan.

j. Pemeriksaan Neurologi

Pemeriksaan neurologi dilakukan untuk mengetahui apakah pasien mengalami masalah dibagian sistem saraf. Pada pasien gastritis, biasanya tidak ditemukan kelainan atau masalah neurologi.

k. Pemeriksaan Status Mental

Status mental pada pasien gastritis biasanya tidak ada masalah. Perlu juga dikaji mengenai orientasi pasien, orang yang paling dekat dengan pasien.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pada pasien gastritis biasanya dilakukan pemeriksaan penunjang laboratorium, elektrokardiogram (EKG) untuk mengetahui apakah ada masalah irama jantung terkait nyeri yang dirasakan pada ulu hati, pemeriksaan ultrasonografi (USG) abdomen untuk mengetahui adakah luka atau yang mengiritasi lambung.

8. Penatalaksanaan dan Terapi

Penatalaksanaan pada pasien gastritis lebih difokuskan untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien. Untuk terapi terdapat terapi medis atau farmakologi dan terapi nonfarmakologi. Untuk terapi farmakologi biasanya dokter memberikan obat antiemetik dan antasida serta analgetik. Sedangkan untuk terapi non farmakologis dilakukan terapi relaksasi seperti nafas dalam, otot progresif, relaksasi benson dan *finger hold*.

2.3.3 Analisa Data

Analisa data adalah komponen dari proses keperawatan yang melibatkan kemampuan mengaitkan dan menghubungkan data dengan konsep dan prinsip yang relevan untuk menarik kesimpulan tentang masalah keperawatan dan kemungkinan penyebabnya, hal ini bertujuan memudahkan mengambil kesimpulan untuk membuat diagnosa keperawatan (Manurung & Frenadez, 2024).

2.3.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah komponen penting dalam praktik keperawatan, yang menjadi dasar bagi perawat untuk merencanakan dan memberikan perawatan yang sukses. Perawat yang memahami dan menggunakan diagnosa keperawatan dengan efektif dapat memberikan kontribusi besar bagi penyembuhan pasien dan kesejahteraan masyarakat (Ekaputri et al., 2024).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien gastritis (PPNI, 2017) antara lain:

1. (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di perut bagian atas.
2. (D.0076) Nausea berhubungan dengan iritasi lambung ditandai dengan pasien merasa mual dan muntah.
3. (D.0056) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan keluhan lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat
4. (D.0036) Risiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan kehilangan cairan ditandai dengan kurangnya muntah lebih dari 3 kali
5. (D.0032) Risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)
6. (D.0143) Risiko Jatuh ditandai dengan Anemia

2.3.5 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung & Frenadez, 2024). Berikut merupakan intervensi keperawatan pada pasien dengan gastritis (PPNI, 2018).

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Gastritis

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
(D.0077) Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) d.d pasien mengeluh nyeri di perut bagian atas	L.08066 Tingkat Nyeri Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteritas ringan hingga berat dan konstan Ekspektasi : Menurun Kriteria Hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaforesis menurun 10. Perasaan depresi menurun (tertekan) 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun	I.08238 Manajemen Nyeri Tindakan 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 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Relaksasi benson, genggam jari/<i>finger hold</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin,) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	14. Uterus terasa membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berpikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola tidur membaik	15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
(D.0076) Nausea b.d iritasi lambung d.d pasien merasa mual dan muntah	L.08065 Tingkat Nausea Definisi: Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah Ekspektasi : Menurun Kriteria Hasil: 1. Nafsu makan meningkat 2. Keluhan mual menurun 3. Perasaan ingin muntah menurun 4. Perasaan asam di mulut menurun 5. Sensasi panas menurun 6. Sensasi dingin menurun 7. Frekuensi menelan menurun 8. Diaforesis menurun 9. Jumlah saliva menurun 10. Pucat membaik 11. Takikardia membaik 12. Dilatasi pupil membaik	I.03117 Manajemen Mual Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola perasaan tidak enak pada bagian tenggorok atau lambung yang dapat menyebabkan muntah. Tindakan Observasi 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) 3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 4. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) 5. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) 6. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) Terapeutik 7. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 8. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		9. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 10. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu Edukasi 11. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 12. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 13. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak 14. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu
(D.0056) Intoleransi Aktivitas b.d ketidak-seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d keluhan lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	L.05047 Toleransi Aktivitas Definisi: Respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga. Ekpektasi: Meningkatkan Kriteria Hasil: 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 3. Kecepatan berjalan meningkat 4. Jarak berjalan meningkat 5. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 6. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 7. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat 8. Keluhan lelah menurun 9. Dispnea saat aktivitas menurun 10. Dispnea setelah aktifitas menurun	I.05178 Manajemen Energi Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan. Tindakan: Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	11. Perasaan lemah menurun 12. Aritmia saat aktivitas menurun 13. Aritmia setelah aktivitas menurun 14. Sianosis menurun 15. Warna kulit membaik 16. Tekanan darah membaik 17. Frekuensi napas membaik 18. EKG Iskemia membaik	12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
(D.0032) Risiko Defisit Nutrisi d.d faktor psikologis (keengganan untuk makan)	L.03030 Status Nutrisi Definisi: Keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme Ekspektasi: Membaik Kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	I.03119 Manajemen Nutrisi Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang Tindakan Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 16. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
Risiko (D.0036) Ketidakseimbangan Cairan d.d kurangnya muntah lebih dari 3 kali	L.03020 Keseimbangan Cairan Definisi: Ekuilibrim antara volume Cairan di ruang intraseluler dan ekstraseluler tubuh Ekspektasi: Meningkatkan Kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Kelembapan membran mukosa meningkat 4. Asupan makan meningkat 5. Edema menurun 6. Dehidrasi menurun 7. Asistes menurun 8. Konfusi menurun 9. Tekanan darah membaik 10. Denyut nadi radial membaik 11. Tekanan arteri rata-rata membaik 12. Membran mukosa membaik 13. Mata cekung membaik 14. Turgor kulit membaik 15. Berat badan membaik	I.03098 Manajemen Cairan Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola keseimbangan cairan dan mencegah komplikasi akibat ketidakseimbangan cairan. Tindakan Observasi 1. Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis: hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN) 5. Monitor status hemodinamik (mis: MAP, CVP, PAP, PCWP, jika tersedia) Terapeutik 6. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam 7. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 8. Berikan cairan intravena, jika perlu Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu
(D.0143) Risiko Jatuh d.d Anemia	L.14138 Tingkat Jatuh Definisi: Derajat jatuh berdasarkan observasi atau sumber informasi Ekspektasi: Menurun Kriteria Hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur 2. Jatuh saat berdiri 3. Jatuh saat duduk 4. Jatuh saat berjalan 5. Jatuh saat dipindahkan 6. Jatuh saat naik tangga	I.14540 Pencegahan Jatuh Definisi: Mengidentifikasi dan menurunkan risiko pasien terjatuh akibat perubahan kondisi fisik, atau psikologis Tindakan Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	7. Jatuh saat di kamar mandi 8. jatuh saat membungkuk	2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misal <i>fall morse scale</i> , <i>humpty dumpty scale</i>), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 6. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 8. Pasang handrail tempat tidur 9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 10. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari <i>nurse station</i> 11. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 12. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 15. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 16. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 17. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

2.3.6 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dalam bertransisi dari status kesehatan mereka saat ini ke status kesehatan yang lebih baik yang memenuhi hasil yang diinginkan. Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah pemberian perawatan keperawatan kepada pasien sesuai dengan prioritas masalah yang diuraikan dalam rencana tindakan perawatan keperawatan, termasuk nomor urut dan waktu untuk pelaksanaan (Ekaputri et al., 2024).

2.3.7 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan, melibatkan penilaian sejauh mana tujuan dari rencana perawatan keperawatan telah tercapai. Untuk melakukan evaluasi, perawat harus bisa mengaitkan tindakan keperawatan dengan hasil yang diharapkan, mengembangkan penilaian tentang pencapaian tujuan yang telah ditentukan, dan memahami bagaimana pasien berespons terhadap intervensi keperawatan. (Ekaputri et al., 2024). Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis, yaitu:

1. Evaluasi Formatif (Evaluasi Proses)

Proses dan hasil intervensi keperawatan adalah topik utama dari evaluasi formatif. Untuk memastikan bahwa kegiatan yang dilakukan berhasil, penilaian ini dilakukan segera setelah perawat mengikuti rencana keperawatan. Setelah perencanaan, proses evaluasi formatif harus dimulai sesegera mungkin dan terus berlanjut hingga tujuan keperawatan tercapai (Ekaputri et al., 2024).

2. Evaluasi Sumatif (Evaluasi Hasil)

Evaluasi sumatif dilakukan setelah semua tindakan keperawatan terselesaikan. Tujuan evaluasi ini untuk menganalisis dan memantau standar perawatan. Menanyakan kepada pasien dan keluarga tentang pengalaman mereka dengan perawatan yang didapat, melakukan wawancara pascalayanan merupakan beberapa komponen yang mungkin ada dalam evaluasi sumatif (Ekaputri et al., 2024).