BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Konsep Penyakit Gastroenteritis

2.1.1.1 Pengertian

Gastroenteritis adalah peradangan yang terjadi pada lambung, usus besar, dan usus halus disebabkan oleh infeksi makanan yang mengandung bakteri atau virus yang memberikan gejala diare dengan frekuensi lebih banyak dengan konsistensi encer dan kadang-kadang disertai dengan muntah-muntah (Nuari Nian, 2021).

Gastroenteritis merupakan suatu kondisi peradangan pada lambung, usus kecil dan usus besar yang disertai dengan berbagai kondisi patologis dari saluran gastrointestinal dengan manifestasi diare yang berlangsung dalam waktu kurang dari 14 hari (Anwar, 2023).

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa gastroenteritis merupakan kondisi yang ditandai dengan peningkatan frekuensi buang air besar melebihi kondisi normal atau perubahan konsistensi feses menjadi lebih cair yang berlangsung kurang dari 14 hari. Kondisi ini umumnya disertai berbagai manifestasi gangguan pada saluran pencernaan, seperti mual, muntah, nyeri abdomen, dan pada beberapa kasus dapat disertai dengan demam.

2.1.1.2 Etiologi

Menurut (Nuari Nian, 2021) dan (Anwar, 2023) gastroenteritis dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah:

a. Faktor infeksi

1. Infeksi bakteri yang terjadi akibat kontaminasi makanan maupun air minum, seperti *Enteropathogenic Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Vibrio cholerae*, dan *Clostridium*.
2. Infeksi virus yang meliputi *Enterovirus*, *Echovirus*, *Adenovirus*, dan *Rotavirus*. Di antara berbagai jenis virus tersebut, *Rotavirus* merupakan penyebab diare yang paling sering ditemukan pada anak.
3. Infeksi yang disebabkan oleh jamur, terutama *Candida*.
4. Infeksi akibat parasit, seperti *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica* (amebiasis), *Cryptosporidium*, dan *Cyclospora*

b. Faktor non infeksi/ bukan infeksi:

1. Faktor makanan, yaitu diare yang dapat terjadi akibat konsumsi makanan yang telah basi, mengandung racun, atau adanya reaksi alergi terhadap jenis makanan tertentu.
2. Gangguan metabolisme atau malabsorpsi, yang meliputi malabsorpsi karbohidrat, seperti intoleransi terhadap disakarida (laktosa dan maltosa) serta monosakarida (glukosa dan galaktosa). Selain itu, malabsorpsi juga dapat terjadi pada lemak dan protein.

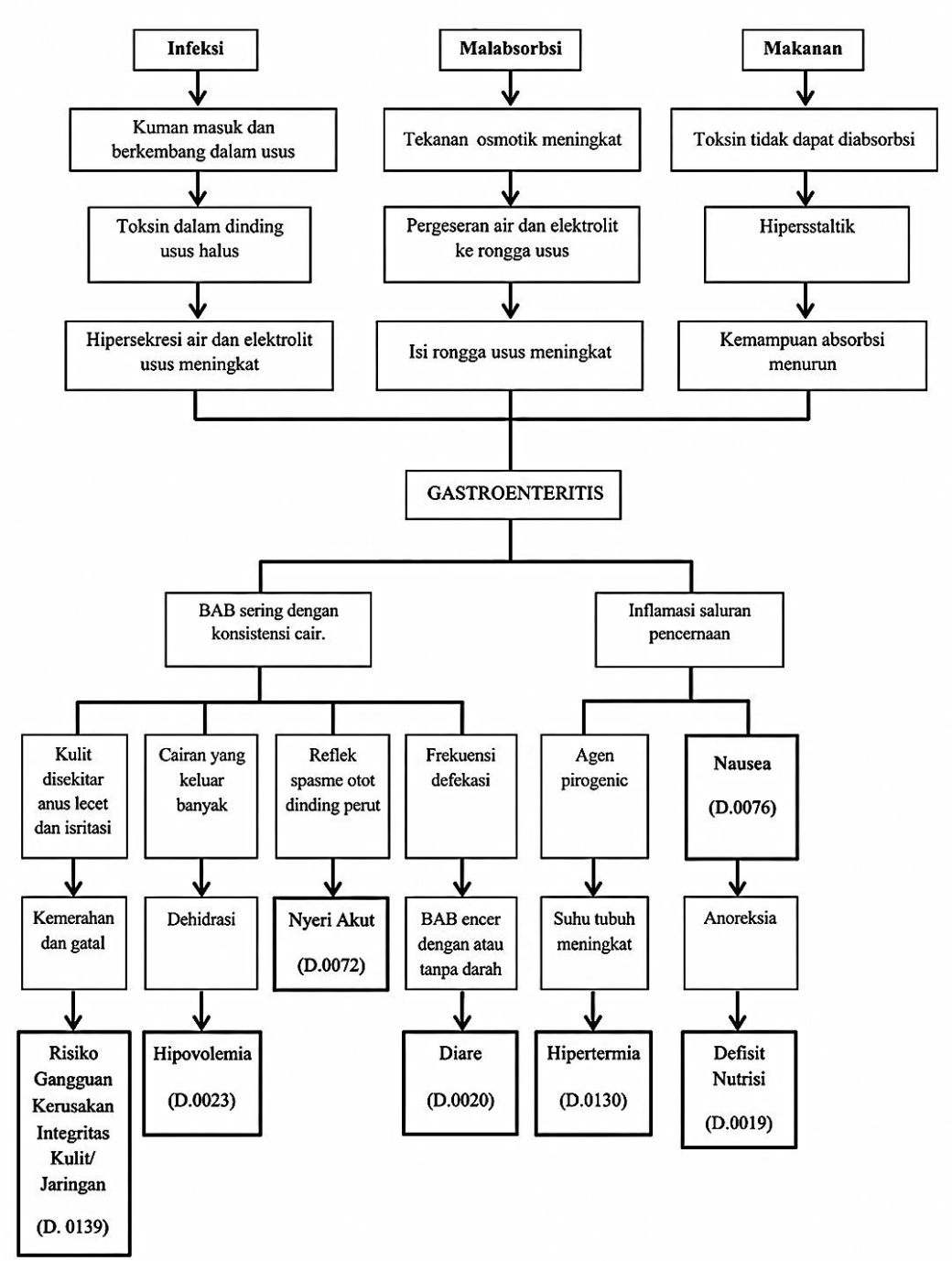
2.1.1.3 Patofisiologi

Gastroenteritis akut umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, atau parasit, meskipun dapat pula dipengaruhi oleh faktor malabsorbsi, maupun gangguan fisiologis tubuh. Gastroenteritis yang disebabkan oleh infeksi bakteri, virus atau parasit, proses ini dapat diawali adanya mikroorganisme yang masuk kedalam saluran pencernaan, sebagian mikroorganisme dapat dieliminasi oleh asam lambung namun jika jumlahnya banyak, mikroorganisme bisa mencapai usus dan berkembang biak, di dalam usus mikroorganisme memproduksi toksin yang dapat merusak serta melarutkan lapisan mukosa pelindung sehingga memicu respon inflamasi dan merangsang sekresi getah usus di kripta vili usus, menghambat penyerapan cairan tubuh. Peradangan pada mukosa usus menyebabkan peningkatan peristaltik dan spasme otot polos usus menyebabkan kontraksi yang lebih kuat dan tidak terkoordinasi.

Kontraksi yang berlebihan ini meningkatkan tekanan di dalam lumen usus (tekanan intraluminal) yang menimbulkan peregangan pada dinding usus dan menimbulkan stimulasi reseptor nyeri. Gerakan peristaltik yang normalnya berfungsi mendorong makanan dan feses, menjadi lebih cepat, kuat, dan tidak terkoordinasi, yang menyebabkan memperpendek waktu transit usus sehingga cairan tidak sempat diabsorpsi secara optimal, mengakibatkan feses menjadi cair dan frekuensi buang air besar meningkat.

Faktor yang disebabkan oleh malabsorbsi makanan merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi terhadap makanan atau zat yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadi diare.

Kehilangan air dan elektrolit yang berlebihan dapat menyebabkan dehidrasi pada pasien. Jika keadaan ini berlanjut dan pasien tidak mau makan, hal itu menyebabkan malnutrisi dan melemahkan pasien. Dehidrasi mukosa usus dan respon inflamasi menyebabkan peningkatan suhu tubuh pada pasien sehingga menyebabkan tubuh kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan (Ahmad & Suhanda, 2023).



Gambar 2. 1 Pathway

Sumber (HUSNA, 2023)

2.1.1.4 Tanda dan Gejala

Menurut (HUSNA, 2023) tanda dan gejala gastroenteritis antara lain:

a. Diare
b. Demam
c. Nyeri perut dan ulu hati
d. Dehidrasi: turgor buruk, kulit kering, lidah pecah-pecah
e. Mual, kadang diikuti dengan muntah
f. Lemah
g. Berat badan menurun
h. Peristaltik usus meningkat
i. Anus kadang lecet
j. Nafsu makan berkurang
k. Perut kembung

2.1.1.5 Komplikasi

Menurut (Anwar, 2023) komplikasi yang biasa terjadi pada penyakit gastroenteritis yaitu:

a. Dehidrasi

Dehidrasi pada pasien gastroenteritis diklasifikasikan menjadi tiga tingkat, yaitu dehidrasi ringan, dehidrasi sedang, dan dehidrasi berat. Pada dehidrasi ringan, pasien umumnya menunjukkan kondisi umum yang baik, mata tampak normal atau tidak cekung, rasa haus masih dalam batas normal, serta turgor kulit kembali dengan cepat. Dehidrasi sedang ditandai dengan mata yang tampak cekung,

kondisi tubuh lemah, rasa haus yang meningkat, dan turgor kulit kembali secara lambat. Sementara itu, dehidrasi berat ditandai dengan kondisi pasien yang sangat lemah, lesu, lunglai, bahkan dapat mengalami penurunan kesadaran, disertai mata cekung serta waktu kembalinya turgor kulit yang sangat lambat, yaitu lebih dari dua detik.

b. Demam

Demam merupakan salah satu manifestasi klinis yang sering ditemukan pada pasien gastroenteritis. Kondisi ini terjadi karena bakteri yang masuk ke dalam tubuh dikenali sebagai antigen oleh sistem imun. Selanjutnya, bakteri akan melepaskan toksin lipopolisakarida dan komponen membran sel yang memicu aktivasi neutrofil serta makrofag untuk melakukan proses fagositosis dalam mengeliminasi agen infeksi. Selama proses tersebut, dihasilkan mediator inflamasi atau pirogen endogen yang memengaruhi pusat pengaturan suhu tubuh sehingga menyebabkan peningkatan suhu tubuh atau demam.

c. Hipernatremia

Hipernatremia merupakan gangguan elektrolit yang ditandai dengan meningkatnya kadar natrium (sodium) dalam darah di atas nilai normal. Kondisi ini dapat terjadi pada pasien gastroenteritis, terutama yang disertai muntah dan kehilangan cairan dalam jumlah besar. Sekitar 10,3% pasien gastroenteritis dengan dehidrasi berat dilaporkan mengalami hipernatremia.

d. Hipokalemia

Hipokalemia merupakan kondisi yang terjadi akibat rendahnya kadar kalium dalam tubuh, yang dapat muncul selama proses rehidrasi apabila kebutuhan

kalium tidak terpenuhi secara adekuat. Keadaan ini ditandai dengan munculnya kelemahan otot, penurunan peristaltik usus, aritmia jantung, serta gangguan fungsi ginjal.

2.1.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Penatalaksanaan medis menurut (Nuari Nian, 2021) dan (Halmahera, 2022) penderita gastroenteritis yaitu:

a. Pemeriksaan Tinja

Pemeriksaan tinja merupakan pemeriksaan penting pada pasien dengan diare untuk membantu menentukan etiologi dan proses yang terjadi.

1. Pemeriksaan makroskopis tinja

   Dilakukan pada semua penderita diare dengan menilai konsistensi, warna, bau, serta adanya lendir atau darah.Tinja yang cair tanpa mukus dan darah umumnya disebabkan oleh infeksi virus atau enterotoksin, sedangkan adanya lendir dan darah mengarah pada infeksi bakteri invasif. Pemeriksaan ini juga dapat menjadi dasar awal untuk menilai perlunya pemeriksaan laboratorium lanjutan.

2. Pemeriksaan mikroskopis tinja

   Dilakukan untuk melihat adanya leukosit, eritrosit, parasit, atau telur cacing. Adanya leukosit feses menunjukkan adanya proses inflamasi mukosa usus, terutama akibat infeksi bakteri yang menyerang kolon, nilai normal leukosit feses: 0–2 sel/LPB.

b. Pemeriksaan Darah

1. Analisis Gas Darah (AGD)

Dilakukan untuk menilai keseimbangan asam basa, terutama pada diare berat atau berkepanjangan. Diare dapat menyebabkan asidosis metabolik akibat kehilangan bikarbonat, nilai normal pH darah: 7,35–7,45.

2. Pemeriksaan elektrolit serum

Digunakan untuk menilai gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.

a) Natrium (Na^+) normal: 135-145 mEq/L
b) Kalium (K^+) normal: 3.5-5.0 mEq/L
c) Klorida: 98-107 mEq/L
d) Kalsium: 8.5-10.5 mg/dL

c. Pemeriksaan ureum dan kreatinin

Dilakukan untuk menilai fungsi ginjal, terutama pada pasien dengan dehidrasi sedang hingga berat.

1. Ureum normal: 10–50 mg/dL
2. Kreatinin normal: 0,6–1,4 mg/dL

2.1.1.7 Penatalaksanaan

Terapi pengobatan merupakan suatu proses normal atau fisiologi yang dimana diperlukan akan pengetahuan, keahlian dengan berbagai pertimbangan profesional dalam setiap tahapan sebelum membuat suatu keputusan. Cara menangani gastroenteritis menurut (Nuari Nian, 2021) dan (Anwar, 2023).

a. Melakukan rehidrasi dengan menggunakan oralit

Oralit merupakan larutan rehidrasi oral yang mengandung campuran elektrolit, yaitu natrium klorida (NaCl), kalium klorida (KCl), sitrat, dan glukosa. Formula oralit dengan osmolaritas rendah direkomendasikan oleh *World Health Organization* (WHO) dan *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) sebagai terapi utama dalam penanganan diare untuk mencegah maupun mengatasi dehidrasi.

1. Manfaat Oralit

Pemberian oralit dianjurkan segera setelah pasien mengalami diare untuk menggantikan cairan dan elektrolit yang hilang serta mencegah terjadinya dehidrasi. WHO dan UNICEF merekomendasikan penggunaan oralit dengan osmolaritas rendah karena telah terbukti memberikan berbagai manfaat, antara lain:

a) Menurunkan volume tinja hingga 25%.
b) Mengurangi gejala mual muntah hingga 30%.
c) Menurunkan kebutuhan terapi cairan intravena secara bermakna hingga sekitar 33%.

2. Cara Membuat Oralit

a) Mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun.
b) Menyiapkan satu gelas air matang sebanyak 200 cc.
c) Melarutkan satu bungkus oralit untuk 200 cc ke dalam air yang telah disiapkan.
d) Mengaduk larutan hingga seluruh serbuk oralit larut sempurna.

e) Memberikan larutan oralit kepada pasien yang mengalami diare.

b. Pemberian obat antidiare

1. Zinc

Zinc merupakan salah satu terapi yang aman dan efektif dalam penatalaksanaan diare. Berdasarkan penelitian *Department of Child and Adolescent Health and Development* World Health Organization, pemberian zinc memberikan berbagai manfaat, antara lain:

a) Zinc sebagai obat diare

1) Mempercepat proses penyembuhan sekitar 20%, sebagaimana dibuktikan dalam penelitian di India.
2) Menurunkan risiko diare yang berlangsung lebih dari tujuh hari hingga sekitar 20%.
3) Mengurangi volume tinja sebesar 18%–59%.
4) Menurunkan risiko kekambuhan diare dalam dua hingga tiga bulan berikutnya.
5) Berperan dalam pencegahan dan penatalaksanaan diare berdarah, yang ditunjukkan dengan penurunan angka kejadian diare berdarah.
6) Mengurangi biaya pengobatan melalui penurunan penggunaan antibiotik dan kebutuhan oralit.

2. Lopramide

Loperamide merupakan obat antidiare yang bekerja dengan memperlambat motilitas saluran pencernaan. Mekanisme tersebut memberikan waktu yang lebih lama bagi usus untuk menyerap cairan dan zat gizi dari

makanan, sehingga konsistensi feses menjadi lebih padat dan frekuensi buang air besar berkurang.

3. Kaolin dan Pektin

Kaolin dan pektin digunakan sebagai terapi pada diare nonspesifik, yaitu diare yang tidak disebabkan oleh kelainan tertentu pada saluran pencernaan. Obat ini bekerja dengan meningkatkan kepadatan feses yang encer serta membantu mengikat dan mengeluarkan racun maupun penyebab diare lainnya dari saluran cerna

c. Pemberian makanan dan minum secara kontinyu

Pemberian makanan dan cairan secara kontinu merupakan bagian penting dalam penatalaksanaan diare karena berperan dalam mempertahankan kekuatan tubuh, mendukung proses pertumbuhan, serta mencegah terjadinya penurunan berat badan. Pasien yang mengalami diare dan tidak memperoleh asupan nutrisi yang adekuat berisiko mengalami malnutrisi. Kondisi tersebut dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga meningkatkan risiko terjadinya diare berulang.

d. Pemberian antibiotik sesuai indikasi

Pemberian antibiotik dilakukan berdasarkan indikasi medis dan disesuaikan dengan penyebab diare. Antibiotik tidak diberikan secara rutin pada seluruh kasus gastroenteritis, tetapi hanya digunakan apabila terdapat bukti atau dugaan kuat adanya infeksi bakteri yang memerlukan terapi antimikroba.

2.1.2 Konsep Asuhan Keperawatan Gastroenteritis

2.1.2.1 Pengumpulan Data

a. Pengkajian

Menurut (Herman, 2023) dan (Anwar, 2023) proses pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dengan mengumpulkan data individu secara komprehensif terkait aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual.Pengumpulan data dilakukan dengan mencakup riwayat kesehatan keperawatan, pengkajian fisik, anamnesis dan pemeriksaan fisik dokter, hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik, dan informasi yang diperoleh dari personal kesehatan pasien. pada saat pengumpulan data perawat juga harus melihat riwayat masa lalu serta masalah saat ini yang meliputi:

1. Identitas pasien

   Data identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku atau bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medis atau nomor registrasi, serta diagnosis medis yang telah ditegakkan.

2. Keluhan utama

   Keluhan utama diperoleh dari hasil wawancara dengan pasien maupun keluarga mengenai alasan utama pasien datang ke rumah sakit. Keluhan yang sering ditemukan pada pasien gastroenteritis antara lain peningkatan suhu tubuh, buang air besar dengan frekuensi lebih dari tiga kali sehari, konsistensi feses yang encer berwarna kekuningan dan berlendir, dapat disertai ataupun

tanpa perdarahan, serta keluhan mual dan muntah yang menyebabkan penurunan nafsu makan atau pasien tidak mampu mengonsumsi makanan.

3. Riwayat penyakit sekarang

   Pengkajian riwayat penyakit sekarang meliputi perjalanan penyakit yang sedang dialami pasien, seperti penurunan nafsu makan, diare dengan tinja cair yang dapat bercampur lendir maupun darah, perubahan warna tinja menjadi kehijauan akibat bercampur empedu, iritasi atau lecet pada area anus karena frekuensi defekasi yang tinggi dan sifat feses yang semakin asam, mual dan muntah yang dapat muncul sebelum maupun sesudah diare, serta adanya tanda-tanda dehidrasi.

4. Riwayat penyakit dahulu

   Riwayat penyakit dahulu dikaji untuk mengetahui apakah pasien pernah mengalami gastroenteritis atau diare sebelumnya maupun memiliki riwayat penyakit lain yang berpotensi memperberat kondisi kesehatan saat ini.

5. Riwayat penyakit keluarga

   Pengkajian riwayat penyakit keluarga bertujuan untuk mengetahui adanya anggota keluarga yang mengalami keluhan serupa, riwayat penyakit keturunan seperti diabetes melitus, maupun riwayat alergi yang dapat memengaruhi kondisi pasien.

b. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum

   Pada pemeriksaan keadaan umum, pasien umumnya tampak lemah, mengalami peningkatan suhu tubuh, serta menunjukkan denyut nadi yang cepat dan lemah.

2. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran bervariasi sesuai derajat dehidrasi. Pasien tanpa dehidrasi umumnya tetap sadar dengan kondisi baik. Pada dehidrasi ringan hingga sedang pasien dapat tampak gelisah, sedangkan pada dehidrasi berat dapat ditemukan kondisi lesu, lunglai, penurunan kesadaran, hingga anuria.

3. Sistem respirasi

Gangguan pada sistem pernapasan dapat ditemukan apabila telah terjadi ketidakseimbangan elektrolit yang berat, yang ditandai dengan peningkatan frekuensi pernapasan.

4. Sistem kardiovaskuler

Pemeriksaan sistem kardiovaskular dapat menunjukkan penurunan tekanan darah, denyut nadi yang cepat namun lemah, kulit tampak pucat, serta sianosis terutama pada pasien dengan dehidrasi ringan hingga sedang.

5. Sistem integumen

Pada pemeriksaan integumen dapat ditemukan penurunan turgor kulit, peningkatan suhu tubuh, serta pada kondisi yang lebih berat dijumpai kulit pucat, sianosis, keringat dingin, dan lecet pada daerah anus akibat frekuensi buang air besar yang tinggi.

6. Sistem gastrointestinal

Pengkajian sistem gastrointestinal umumnya menunjukkan bibir pecah-pecah dan kering, mukosa mulut serta lidah yang kering, mual, muntah, anoreksia, frekuensi buang air besar lebih dari tiga kali sehari, nyeri abdomen, rasa tidak nyaman pada perut, serta peningkatan peristaltik usus dengan bising

usus lebih dari 25 kali per menit. Pada palpasi dapat ditemukan nyeri tekan di daerah abdomen, perkusi dapat menunjukkan adanya distensi atau perut kembung, sedangkan auskultasi memperlihatkan peningkatan bising usus.

7. Sistem muskuloskeletal

   Pemeriksaan sistem muskuloskeletal dilakukan untuk menilai adanya kelemahan fisik secara umum. Pada diare kronis yang menyebabkan kehilangan elektrolit dan nutrisi, pasien dapat mengalami kram pada otot-otot ekstremitas.

8. Sistem persyarafan

   Pasien yang mengalami dehidrasi dapat mengeluhkan sakit kepala dan tampak lemas. Pada kondisi yang lebih berat dapat terjadi gangguan fungsi neurologis berupa perubahan status mental, halusinasi, maupun delirium.

c. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola nutrisi dan metabolisme

   Pasien umumnya mengalami penurunan nafsu makan akibat mual dan muntah sehingga asupan makanan menjadi berkurang bahkan tidak ada sama sekali. Selain itu, kehilangan cairan melalui feses yang berlebihan dapat memengaruhi keseimbangan cairan dan metabolisme tubuh.

2. Pola eliminasi

   Gangguan pola eliminasi ditandai dengan frekuensi buang air besar lebih dari tiga kali sehari disertai konsistensi tinja yang lembek atau cair. Peningkatan suhu tubuh juga dapat menyebabkan produksi keringat meningkat sehingga pasien merasa lebih haus dan memerlukan asupan cairan yang lebih banyak.

3. Pola aktivitas dan latihan

   Aktivitas sehari-hari pasien umumnya mengalami keterbatasan karena memerlukan tirah baring selama masa perawatan. Oleh sebab itu, sebagian besar kebutuhan aktivitas pasien memerlukan bantuan dari tenaga kesehatan maupun keluarga.

4. Pola tidur dan istirahat

   Gangguan pola tidur dan istirahat sering terjadi akibat meningkatnya frekuensi buang air besar, demam, serta nyeri yang dirasakan pasien.

5. Pola persepsi dan konsep diri

   Pasien dapat mengalami kecemasan yang disebabkan oleh kurangnya pengetahuan mengenai penyebab maupun penatalaksanaan penyakit yang dialami.

6. Pola sensori dan kognitif

   Pada penciuman, perabaan, perasaan, pendengaran dan penglihatan umumnya tidak mengalami kelainan serta tidak terdapat suatu waham pada pasien.

7. Pola hubungan dan peran

   Hubungan sosial dan peran pasien dapat mengalami perubahan selama menjalani perawatan di rumah sakit karena keterbatasan aktivitas serta keharusan menjalani tirah baring.

8. Pola penanggulangan stress

   Pasien umumnya menunjukkan respons cemas sebagai bentuk adaptasi terhadap kondisi penyakit maupun proses perawatan yang sedang dijalani.

2.1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Tahap kedua dalam proses dokumentasi keperawatan adalah penetapan diagnosis keperawatan. Tahap ini memiliki peran yang sangat penting karena menjadi landasan dalam penyusunan dan penentuan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Diagnosa Keperawatan pada gastroenteritis menurut (Anwar, 2023) disesuaikan dengan (SDKI, 2017) yaitu:

a. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (D.0020)
b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)
d. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)
e. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
f. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung (SDKI D.0076)
g. Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan kelembaban (SDKI D.0139)

2.1.2.3 Perencana Keperawatan

Tabel 2. 1 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasi	Intervensi
1.	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (D.0020)	**Eliminasi fekal membaik L.04033** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka eliminasi fekal membaik, dengan kriteria hasil: a. Konsistensi feses membaik b. Frekuensi BAB membaik	**Manajemen Diare (I.03101)** **Observasi** a. Identifikasi penyebab diare (mis: inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorbsi, ansietas, stres, obat-obatan, pemberian botol susu) b. Identifikasi Riwayat pemberian makanan c. Identifikasi gejala invaginasi (mis: tangisan keras, kepucatan pada bayi) d. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses e. Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun) f. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal g. Monitor jumlah dan pengeluaran diare h. Monitor keamanan penyiapan makanan **Terapeutik** a. Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte) b. Pasang jalur intravena c. Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat), jika perlu d. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit e. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu **Edukasi** a. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap b. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas,

			pedas, dan mengandung laktosa c. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI **Kolaborasi** a. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat) b. Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine) **c.** Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis: atapulgit, smektit, kaolin-pektin)
.2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	**Tingkat nyeri menurun L.08066** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik	**Manajemen Nyeri (I.08238)** **Observasi** a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Idenfitikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik **Terapeutik** a. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur

			d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi** a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat e. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri **Kolaborasi** a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)	**Status nutrisi membaik L.03030** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat	**Manajemen Nutrisi (I.03119)** **Observasi** a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. Identifikasi makanan yang disukai d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik f. Monitor asupan makanan g. Monitor berat badan h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium **Terapeutik** a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu b. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai d. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f. Berikan suplemen makanan, jika perlu g. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi **Edukasi** a. Ajarkan posisi duduk, jika mampu

			b. Ajarkan diet yang diprogramkan **Kolaborasi** a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
4.	Hiporvorlemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)	**Keseimbangan cairan meningkat L.03020** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status cairan membaik, dengan kriteria hasil: a. Asupan cairan meningkat b. Output urin meningkat c. Membrane mukoa lembab meningkat d. Edema menurun e. Dehidrasi menurun f. Tekanan darah membaik g. Frekuensi nadi membaik h. Kekuatan nadi membaik i. Tekanan arteri rata-rata membaik j. Mata cekung membaik k. Turgor kulit membaik	**Manajemen Hipervolemia (I.03114)** **Observasi** a. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) b. Identifikasi penyebab hypervolemia c. Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia d. Monitor intake dan output cairan e. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) f. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat) g. Monitor kecepatan infus secara ketat h. Monitor efek samping diuretic (mis: hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) **Terapeutik** a. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama b. Batasi asupan cairan dan garam c. Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat **Edukasi**

			a. Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam b. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari c. Ajarkan cara membatasi cairan **Kolaborasi** a. Kolaborasi pemberian diuretic b. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic **c.** Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT) jika perlu
5.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	**Termoregulasi membaik L.14134** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil: a. Menggigil menurun b. Suhu tubuh membaik c. Suhu kulit membaik	**Manajemen Hipertermia (I.15506)** **Observasi** a. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) b. Monitor suhu tubuh c. Monitor kadar elektrolit d. Monitor haluaran urin e. Monitor komplikasi akibat hipertermia **Terapeutik** a. Sediakan lingkungan yang dingin b. Longgarkan atau lepaskan pakaian c. Basahi dan kipasi permukaan tubuh d. Berikan cairan oral e. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) f. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) g. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin h. Berikan oksigen, jika perlu **Edukasi** a. Anjurkan tirah baring **Kolaborasi**

			a. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
6.	Nausea berhubungan dengan iritasi lambung (SDKI D.0076)	**Tingkat nausea menurun L.08065** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nausea menurun, dengan kriteria hasil: a. Perasaan ingin muntah menurun	**Manajemen Mual (I.03117)** **Observasi** a. Identifikasi pengalaman mual b. Identifikasi isyarat non verbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) c. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) d. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) e. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) f. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) **Terapeutik** a. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) b. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) c. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik d. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu **Edukasi** a. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup b. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual c. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak d. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)

			e. Fasilitas & Layanan Medis **Kolaborasi** a. Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu
7.	Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan kelembaban (SDKI D.0139)	**integritas kulit/jaringanmeningkat L.14125** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka integritas kulit meningkat, dengan kriteria hasil: a. Kerusakan jaringan menurun b. Kerusakan lapisan kulit menurun	**Perawatan Integritas Kulit (I.11353)** **Observasi** a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) b. Perawatan Kulit Luka **Terapeutik** a. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring b. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu c. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare d. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering e. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif f. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering **Edukasi** a. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) b. Anjurkan minum air yang cukup c. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi d. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim f. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah g. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

2.1.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

(Herman, 2023), menuturkan setelah tahap pengkajian selesai dilaksanakan, proses keperawatan dilanjutkan dengan penetapan diagnosis keperawatan. Tahap berikutnya adalah penyusunan perencanaan keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan. Perencanaan keperawatan merupakan suatu proses sistematis yang mencakup penentuan prioritas masalah, perumusan tujuan yang ingin dicapai, penyusunan rencana tindakan keperawatan, serta penetapan kriteria evaluasi asuhan keperawatan. Seluruh perencanaan tersebut disusun berdasarkan hasil analisis data dan diagnosis keperawatan yang telah diidentifikasi pada pasien.

2.1.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil pelaksanaan tindakan keperawatan serta respons perkembangan pasien terhadap asuhan yang telah diberikan. Tahap ini dilakukan untuk mengetahui tingkat keberhasilan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, sekaligus menjadi dasar dalam melakukan perbaikan atau penyesuaian terhadap intervensi keperawatan apabila hasil yang diharapkan belum tercapai secara optimal (Herman, 2023).

2.2 Landasan Teori

2.2.1 Konsep Keperawatan Nyeri Akut

2.2.1.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan salah satu pengalaman yang paling kompleks pada manusia karena dipengaruhi oleh interaksi berbagai aspek, meliputi faktor emosional, perilaku, kognitif, serta respons fisiologis sensorik. Nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang bersifat subjektif serta menimbulkan rasa tidak nyaman, yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan, baik yang telah terjadi, berpotensi terjadi, maupun yang dipersepsikan sebagai suatu bentuk kerusakan jaringan (Kemenkes, 2022).

Nyeri merupakan salah satu masalah kesehatan yang paling sering dikeluhkan oleh pasien dewasa pada berbagai kondisi klinis. Sebagai mekanisme pertahanan tubuh terhadap kerusakan jaringan maupun potensi terjadinya cedera, nyeri berperan dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis. Meskipun demikian, apabila tidak ditangani secara optimal, nyeri dapat menurunkan kualitas hidup pasien, mengganggu fungsi fisik, serta menimbulkan dampak psikologis (Sri suryani et al., 2025).

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang timbul akibat adanya kerusakan jaringan, baik yang bersifat aktual maupun gangguan fungsional. Kondisi ini dapat muncul secara tiba-tiba ataupun bertahap, dengan tingkat intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat, serta berlangsung dalam kurun waktu kurang dari 3 bulan.

2.2.1.2 Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Menurut Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), tanda dan gejala nyeri akut yaitu:

Tabel 2. 2 Tanda dan Gejala Nyeri Akut

No		Tanda dan Gejala Mayor	Tanda dan Gejala Mayor
1.	Subjektif	a. Mengeluh nyeri	a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur
2.	Objektif	(Tidak tersedia)	a. Tekanan darah meningkat b. Pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. Proses berpikir terganggu e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri g. Diaforesis

2.2.1.3 Klasifikasi Nyeri Akut

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), nyeri diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan, baik yang bersifat aktual maupun gangguan fungsi jaringan. Nyeri ini dapat muncul secara tiba-tiba ataupun berkembang secara bertahap, dengan intensitas yang bervariasi mulai dari ringan hingga berat, serta memiliki durasi kurang dari 3 bulan.

a. Nyeri Kronik

Nyeri kronik merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan, baik yang bersifat aktual maupun gangguan fungsi jaringan. Kondisi ini dapat muncul secara tiba-tiba ataupun berkembang secara bertahap, dengan intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat, bersifat menetap atau persisten, serta berlangsung lebih dari 3 bulan.

2.2.1.4 Etiologi Nyeri Akut

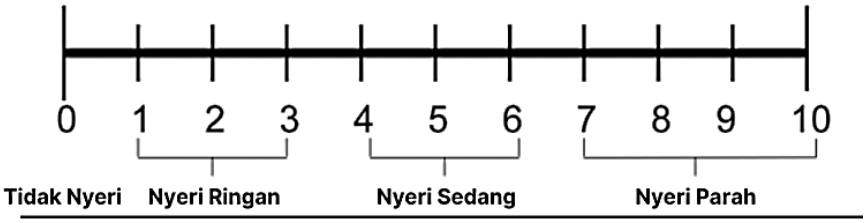
Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), Penyebab nyeri akut yaitu:

a. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
b. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
c. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

2.2.1.5 Intensitas dan Pengukuran Nyeri

Intensitas nyeri dapat dinilai melalui pengkajian subjektif dengan menanyakan secara langsung kepada pasien mengenai tingkat nyeri atau rasa tidak nyaman yang dirasakan. Menurut (Vitani, 2021), salah satu instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur intensitas nyeri adalah *Numeric Rating Scale (NRS)*. NRS merupakan skala penilaian nyeri yang menggunakan rentang nilai 0 hingga 10, di mana skor 0 menunjukkan tidak adanya nyeri, sedangkan skor 10 menggambarkan nyeri dengan intensitas paling berat atau nyeri yang tidak tertahankan.

Gambar 2. 2 Numeric Rating Scale (Vitani, 2021)



Keterangan:

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan

4-6 : Nyeri sedang

7-9 : Nyeri berat atau payah

10 : Nyeri sangat berat

2.2.1.6 Penatalaksanaan Nyeri Akut

a. Penatalaksanaan Farmakologi

Penatalaksanaan farmakologis merupakan upaya pengendalian nyeri melalui pemberian obat analgesik. Analgesik merupakan terapi yang digunakan untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri. Meskipun efektivitasnya telah terbukti, penggunaan analgesik dalam praktik klinis masih sering menghadapi kendala, seperti kekhawatiran terhadap risiko ketergantungan obat serta pemberian dosis yang tidak sesuai dengan kebutuhan pasien. Berdasarkan mekanisme kerjanya, analgesik dibedakan menjadi beberapa kelompok sebagai berikut:

a) Analgesik Non-Narkotik dan Obat Antiinflamasi Nonsteroid (NSAID)

Analgesik nonnarkotik, termasuk golongan *Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs* (NSAID), umumnya digunakan untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang. Obat ini sering diberikan pada pasien yang menjalani prosedur bedah minor, tindakan perawatan gigi, episiotomi, maupun keluhan nyeri pada daerah punggung bawah.

b) Analgesik Narkotik atau Opiat

Analgesik narkotik atau opiat digunakan untuk mengatasi nyeri dengan intensitas sedang hingga berat, misalnya pada pasien pascaoperasi. Golongan obat ini bekerja pada sistem saraf pusat dengan menghasilkan efek depresi dan stimulasi sehingga mampu menurunkan persepsi nyeri.

c) Obat tambahan atau adjuvant (koanalgesik)

Obat adjuvan merupakan terapi pendukung yang diberikan untuk meningkatkan efektivitas pengendalian nyeri atau mengatasi gejala penyerta, seperti kecemasan, mual, muntah, maupun spasme otot. Pemberian obat ini dapat dilakukan sebagai terapi tunggal ataupun dikombinasikan dengan analgesik. Pada pasien dengan nyeri kronis, sedatif sering digunakan sebagai terapi tambahan. Namun demikian, penggunaannya dapat menimbulkan efek samping berupa rasa kantuk, gangguan koordinasi, penurunan kewaspadaan, serta perubahan kondisi psikologis.

b. Penatalaksanaan Non-Farmakologi

Penatalaksanaan nonfarmakologis merupakan pendekatan dalam mengurangi respons nyeri tanpa menggunakan terapi obat. Menurut

(Kemenkes, 2022) terdapat beberapa metode nonfarmakologis yang dapat diterapkan, antara lain sebagai berikut:

a) Bimbingan Antisipasi

Bimbingan antisipasi merupakan tindakan edukatif yang diberikan perawat kepada pasien mengenai penyebab, mekanisme, serta respons terhadap nyeri yang dialami. Intervensi ini bertujuan meningkatkan pemahaman pasien sekaligus mencegah terjadinya kesalahan persepsi terhadap pengalaman nyeri.

b) Terapi Kompres Panas dan Es

Pemberian kompres hangat dapat menyebabkan vasodilatasi sehingga aliran darah menuju jaringan meningkat. Kondisi tersebut membantu mempercepat aktivitas sel, mengurangi nyeri, mendukung proses penyembuhan luka, serta menekan proses inflamasi.

Sebaliknya, terapi dingin atau kompres es bekerja dengan menghambat proses inflamasi melalui penurunan produksi prostaglandin yang berperan meningkatkan sensitivitas reseptor nyeri. Agar memberikan hasil yang optimal, terapi es sebaiknya diaplikasikan segera pada area yang mengalami cedera.

c) Stimulasi Saraf Elektris Transkutan/TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) merupakan metode noninvasif yang menggunakan arus listrik berintensitas rendah melalui elektroda yang ditempelkan pada permukaan kulit. Stimulasi

tersebut menghasilkan sensasi kesemutan atau getaran pada area nyeri sehingga membantu mengurangi persepsi nyeri. TENS dikenal sebagai salah satu metode yang aman dan efektif dalam manajemen nyeri.

d) Distraksi

Distraksi merupakan teknik pengalihan perhatian pasien dari sensasi nyeri menuju aktivitas atau rangsangan lain, sehingga fokus terhadap nyeri berkurang dan tingkat kecemasan dapat menurun.

e) Imajinasi Terbimbing

Imajinasi terbimbing merupakan teknik relaksasi yang memanfaatkan kemampuan pasien untuk membayangkan situasi atau pengalaman yang menyenangkan. Pelaksanaan teknik ini umumnya dikombinasikan dengan latihan relaksasi sehingga perhatian pasien dapat teralihkan dari rasa nyeri menuju gambaran yang memberikan rasa nyaman.

f) Terapi Musik

Terapi musik, khususnya musik instrumental, telah terbukti memberikan pengaruh positif dalam menurunkan intensitas nyeri, termasuk pada pasien praoperasi fraktur. Musik menciptakan suasana yang lebih tenang, mengurangi kecemasan, serta membantu mengalihkan perhatian pasien dari sensasi nyeri yang dirasakan.

g) Relaksasi

Relaksasi merupakan teknik yang bertujuan mengurangi ketegangan fisik maupun psikologis akibat stres dan kecemasan sehingga

meningkatkan kemampuan pasien dalam mengendalikan nyeri. Teknik ini dilakukan dengan menciptakan posisi yang nyaman, memejamkan mata, kemudian mengatur pernapasan secara perlahan dan dalam. Pelaksanaan relaksasi secara rutin dapat membantu mengurangi kelelahan, menurunkan ketegangan otot, serta mengendalikan nyeri, terutama pada pasien dengan nyeri kronis.

a) Pengertian Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu intervensi keperawatan yang dilakukan dengan mengajarkan pasien cara melakukan inspirasi secara perlahan dan maksimal, menahan napas beberapa saat, kemudian menghembuskannya secara perlahan dan teratur. Selain berperan dalam menurunkan intensitas nyeri, teknik ini juga bermanfaat meningkatkan ventilasi paru serta memperbaiki oksigenasi darah (Kemenkes, 2022).

Penurunan intensitas nyeri melalui teknik relaksasi napas dalam terjadi melalui mekanisme fisiologis dan psikologis. Pengaturan pola napas yang lambat, dalam, dan teratur akan menciptakan keadaan relaksasi sehingga aktivitas sistem saraf simpatis menurun, sedangkan aktivitas sistem saraf parasimpatis meningkat. Respons tersebut menyebabkan berkurangnya ketegangan otot, kecemasan, frekuensi napas, denyut jantung, serta kebutuhan oksigen tubuh. Selain itu, teknik relaksasi napas dalam merangsang pelepasan opioid endogen, seperti endorfin dan enkefalin, yang berfungsi sebagai analgesik alami. Zat-zat tersebut menghambat transmisi impuls nyeri menuju

otak sehingga persepsi nyeri yang dirasakan pasien menjadi berkurang (Veranika1 et al., 2025).

b) Teknik Relaksasi Napas Dalam

1. Tahap Pra interaksi

a. Membaca status pasien

b. Melakukan kebersihan tangan sesuai prosedur

c. Melakukan kebersihan tangan sesuai prosedur.

2. Tahap Orientasi

a. Memberikan salam terapeutik kepada pasien

b. Melakukan validasi terhadap kondisi dan kesiapan pasien

c. Menjaga privasi serta kenyamanan pasien selama tindakan

d. Menjelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur teknik relaksasi napas dalam kepada pasien beserta keluarganya

3. Tahap Kerja

a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengajukan pertanyaan apabila masih terdapat hal yang belum dipahami

b. Membantu pasien berada pada posisi yang nyaman dan rileks tanpa adanya ketegangan fisik

c. Menginstruksikan pasien untuk menarik napas secara perlahan dan sedalam mungkin melalui hidung hingga paru-paru terisi udara secara maksimal

d. Meminta pasien menahan napas selama kurang lebih 2–3 detik

e. Mengarahkan pasien untuk menghembuskan napas secara perlahan melalui mulut sambil memusatkan perhatian pada sensasi rileks yang dirasakan

f. Membimbing pasien untuk mengulangi napas dalam secara perlahan serta menghayati aliran udara yang masuk melalui saluran pernapasan hingga terasa menyebar ke seluruh tubuh

g. Melatih dan menganjurkan pasien untuk mengulangi teknik relaksasi napas dalam sebanyak 5–10 kali atau hingga intensitas nyeri berkurang maupun menghilang

h. Setelah pasien merasa lebih tenang, anjurkan untuk melakukan teknik tersebut secara mandiri serta mengulanginya kembali apabila nyeri muncul kembali

4. Tahap terminasi

a. Melakukan evaluasi terhadap hasil tindakan yang telah diberikan

b. Menyusun kontrak atau rencana untuk tindakan selanjutnya

c. Mengakhiri tindakan dengan komunikasi terapeutik yang baik

d. Melakukan kebersihan tangan setelah prosedur selesai

5. Dokumentasi

a. Catat waktu pelaksanaan tindakan (Awalantina, 2023).