

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Pengertian

Pengertian lanjut usia (lansia) menurut Undang-Undang No.13 tahun 1998 tentang kesejahteraan Lanjut Usia pasal 1 ayat 1 adalah seseorang yang telah mencapai 60 tahun ke atas. Lansia melambangkan tahap akhir kehidupan manusia. Pada masa ini, lansia memiliki kemampuan untuk bangkit menuju kehidupan pribadi yang lebih baik dan lebih matang. Lansia merupakan masa ketika suatu organisme mencapai masa keemasan atau kejayaannya dalam hal ukuran, fungsi, dan beberapa faktor lain yang menunjukkan lamanya siklus hidupnya (Ariswanti Triningtyas & Muhayati, 2018).

Usia tua adalah periode penutup dalam rentang hidup seseorang, yakni suatu periode dimana seseorang telah "beranjak jauh" dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan atau beranjak dari waktu yang lebih bermanfaat. Usia enam puluh biasanya dipandang sebagai garis pemisah antara usia madya dan usia lanjut. Selain itu, usia enam puluh digunakan sebagai usia pensiun dan sebagai tanda dimulainya usia lanjut (Akbar et al., 2021).

2. Klasifikasi

Klasifikasi penggolongan lansia dapat ditinjau dari aspek biologi, sosial, dan batasan usia, yaitu sebagai berikut (Kurniawan, 2021) .

a. Aspek biologi

Lansia merupakan individu yang telah mengalami proses penuaan secara bertahap, sehingga mengakibatkan terjadinya perubahan pada struktur dan fungsi sel, jaringan, dan sistem organ (Ashari, 2021).

b. Aspek sosial

Lansia adalah organisasi yang berdiri sendiri. Bagi masyarakat Asia tradisional, Lansia memiliki kelas sosial yang tinggi yang harus dihormati oleh masyarakatnya.

c. Aspek umur

Pendekatan umur merupakan pendekatan yang paling mungkin untuk mendefinisikan lansia secara tepat. Beberapa pendapat mengenai pengelompokan usia adalah sebagai berikut.

- 1) Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1995), lanjut usia (lansia) adalah tahap masa tua dalam perkembangan individu dengan batas usia 60 tahun ke atas.
- 2) Menurut UU RI No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, lanjut usia adalah individu yang telah mencapai 60 tahun ke atas.
- 3) Departemen Kesehatan RI
 - a) Kelompok pertengahan umur (45-55 tahun) adalah kelompok usia dalam masa fertilitas (masa persiapan usia lanjut yang menunjukkan kepekaan fisik dan kematangan jiwa).
 - b) Kelompok usia lanjut dini (55-64 tahun) adalah kelompok dalam masa pensiun yang mulai memasuki usia lanjut.
 - c) Kelompok usia lanjut (65 tahun ke atas).
 - d) Kelompok usia lanjut dengan risiko tinggi (lebih dari 70 tahun) adalah kelompok usia lanjut yang hidup sendiri dan menderita penyakit berat atau cacat.
- 4) *WHO (World Health Organization)*
 - a) Usia pertengahan adalah kelompok usia 45-59 tahun.
 - b) Usia lanjut adalah kelompok usia 60--70 tahun.
 - c) Usia lanjut tua adalah kelompok usia 75-90 tahun.
 - d) Usia sangat tua adalah kelompok usia 90 tahun ke atas.
- 5) Menurut *Second World Assembly on Aging (SWAA)*, lansia yaitu seseorang yang berumur 60 tahun ke atas menurut pengelompokan

di negara berkembang atau 65 tahun ke atas menurut pengelompokan di negara maju

Batasan penggolongan lansia yang digunakan oleh Burnside (1979) dalam Sudargo et al., (2021) berdasarkan usia kronologisnya adalah sebagai berikut.

a. *Young era* (60-69 tahun)

Ditandai dengan berkurangnya peran individu dalam kehidupan bermasyarakat akibat aktivitas terkait pensiun mereka.

b. *Middle age old* (70-79 tahun)

Ditandai dengan menurunnya kondisi fisik, panca indra, dan produktivitas. Berbagai penyakit yang awalnya tidak tertangani mulai bermunculan di era ini dan kini semakin parah, sehingga menimbulkan keluhan-keluhan. Secara psikologis, lansia mudah tersinggung, marah, dan cemas karena adanya perbedaan antara kaum muda dan kaum muda. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan memahami dan tidak mengabaikan perbedaan-perbedaan yang ada dalam Lansia agar dapat memperkecil kesenjangan dan perbedaan dalam hal ini.

c. *Old-old* (80-90 tahun)

Karena kondisi fisik dan psikologisnya, lansia dalam kelompok ini mulai menjauhkan diri dari lingkungan sosialnya; misalnya, mereka tidak dapat bekerja sama dengan pasangannya. Akibatnya, mereka tetap membutuhkan perhatian dan partisipasi aktif dari orang-orang di sekitarnya.

d. *Very old-old* (lebih dari 90 tahun)

Banyak lansia dalam suatu kelompok yang tidak dapat berkomunikasi dengan baik, dan berisiko mengalami depresi berat. Oleh karena itu, mereka membutuhkan seseorang yang dapat membantu dan mendukung mereka.

3. Ciri-ciri lansia

- a. Lansia merupakan periode kemunduran.
Perkembangan pada lansia dipengaruhi oleh faktor fisik dan psikologis. Motivasi memegang peranan penting dalam perkembangan lansia. Misalnya, apabila lansia memiliki motivasi yang kuat untuk melakukan suatu aktivitas, maka proses kebugaran jasmaninya akan semakin cepat, namun ada juga lansia yang motivasinya kuat, maka akan menyebabkan kebugaran jasmaninya semakin lambat.
- b. Lansia memiliki status kelompok minoritas.
Kondisi ini merupakan akibat dari sikap bermedia sosial yang tidak berdampak negatif terhadap masyarakat dan dipengaruhi oleh pendapat yang kurang ideal; misalnya jika media sosial suatu masyarakat semakin negatif maka akan menjadi negatif pula; namun ada juga media sosial yang bersikap positif terhadap orang lain sehingga menjadikan media sosial masyarakat menjadi positif.
- c. Lansia membutuhkan perubahan peran.
Karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala aspek, maka peran tersebut di atas dilakukan. Peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan itu sendiri, bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya, Lansia yang berperan sebagai ketua RW.

4. Tipe lansia

Tipe-tipe lansia menurut Andari, (2025), sebagai berikut:

- a. Tipe arif bijaksana
Tipe arif bijaksana merupakan tipe yang memiliki banyak keunggulan. Bijaksana mampu beradaptasi terhadap perubahan zaman, aktif dalam beraktivitas, ramah dan rendah hati, rendah hati, suka berbagi, dan menjadi teladan teladan.
- b. Tipe mandiri
Lansia tipe ini mampu menyesuaikan diri dengan perubahan dalam dirinya. Mereka menyeimbangkan kegiatan yang menantang dengan

kegiatan yang lebih baru, memiliki karyawan yang selektif, dan dapat bersosialisasi dengan berbagai tema.

c. Tipe tidak puas

Tipe lansia yang sering mengalami konflik batin dan fisik, menolak proses penuaan yang mengakibatkan hilangnya kecantikan, daya tarik fisik, kekuasaan, status, teman yang dicintai. Akibatnya mereka menjadi pemarah, tidak sabar, cepat mengecewakan, susah dilayani, meminta dan suka memarahi.

4) Tipe pasrah

Lansia tipe pasrah cenderung menerima dan menunggu nasib baik, ikut kegiatan keagamaan, ringan tangan, dan melakukan pekerjaan apa pun.

5) Tipe bingung

Syok, kehilangan kepribadian, isolasi diri, rasa rendah diri, penyesalan, pasif, dan acuh tak acuh merupakan beberapa ciri-ciri lansia tipe ini. Kondisi ini terjadi karena Lansia sedang mengalami perubahan status dan peran.

5. Perubahan yang terjadi pada lansia

Menurut Ariyanti et al., (2024) lansia mengalami beberapa perubahan, seperti:

a. Masalah fisik

Kekhawatiran utama Lansia antara lain gejala fisik yang semakin memburuk, radang persendian yang sering terjadi saat melakukan aktivitas yang cukup berat, penglihatan kabur, pendengaran menurun, dan daya tahan tubuh yang menurun sehingga selalu sakit.

b. Masalah kognitif (intelektual)

Tantangan yang dihadapi lansia terkait dengan perkembangan kognitif adalah kesulitan dalam berbagi pikiran dan perasaan dengan penduduk setempat.

c. Masalah emosional

Masalah yang berkaitan dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat

perhatian lansia terhadap keluarga cukup signifikan. Selain itu, lansia seringkali bersikap kasar ketika ada sesuatu yang tidak sejalan dengan nilai-nilai pribadi dan seringkali terkekang oleh permasalahan ekonomi yang belum terselesaikan sepenuhnya.

d. Masalah spiritual

Masalah yang dihadapi terkait spiritual, adalah kesulitan menghafal kitab suci mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum ibadah, dan merasa gelisah ketika membahas persoalan hidup yang cukup serius.

6. Penyakit yang sering terjadi pada lansia

Menurut Rohmana et al., (2025), terdapat beberapa penyakit yang sering terjadi pada lansia seperti:

- a. Hiperkolestrol
- b. Jantung
- c. Hipertensi
- d. Osteoporosis
- e. Gastritis

B. Gastritis

1. Pengertian

Gastritis merupakan peradangan yang terjadi pada lapisan lambung akibat rusaknya lapisan mukosa yang berfungsi sebagai pelindung asam lambung. Gastritis adalah istilah universal untuk sekelompok kondisi yang semuanya memiliki satu manifestasi serupa: yaitu peradangan pada lapisan lambung (Hartoyo et al., 2024).

Gastritis adalah proses inflamasi yang mempengaruhi mukosa dan submukosa lambung. Dalam kebanyakan kasus, gastritis adalah salah satu penyakit yang paling umum ditemui di klinik medis. Peradangan bagian permukaan lambung yang menahun disebabkan oleh bakteri *Helicobacter pylori* atau lambung ulkus jinak atau ganas (Wani Eka Putri Perangin-angin, 2023).

2. Etiologi

Beberapa faktor penyebab gastritis Wira Saputra (2022) diantaranya:

a. Jenis makanan

Jenis makanan yang tidak sehat, seperti makanan instan dan makanan yang dapat meningkatkan produksi asam lambung, berpotensi menyebabkan gastritis. Beberapa jenis makanan yang dapat meningkatkan produksi asam lambung adalah bersantan, pedas, asam, instan, dan bergas atau minuman bersoda.

b. Frekuensi makan

Jadwal makan yang tidak teratur, seperti menunda atau menunda waktu makan, jarang sarapan pagi, dan tidak makan sama sehari, dapat menyebabkan perut mengalami kekosongan dalam jangka waktu yang lama. Hal ini dapat meningkatkan risiko terjadinya gastritis jika terjadi berulang kali.

c. Penggunaan obat anti inflamasi non steroid (NSAID)

Obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) merupakan salah satu obat yang paling banyak digunakan untuk mengobati trauma, nyeri pasca operasi, dan kondisi lainnya. Beberapa efek samping NSAID pada saluran pencernaan dapat bersifat ringan dan reversibel, sementara hanya sedikit yang dapat berbahaya, seperti menyebabkan penyakit gastritis, perdarahan saluran pencernaan, dan perforasi.

d. Bakteri *Helicobacter Pylori*

Dalam kebanyakan kasus, Bakteri *H. Pylori* akan ditemukan di epitel lambung, yang akan menyebabkan mukosa lambung menjadi menipis dan hancur. Hal ini akan mengurangi penghalang antara lambung dan pepsin. Oleh karena itu, bakteri ini merupakan salah satu penyebab utama penurunan lapisan lambung dan dikenal sebagai penyebab utama ulkus peptikum dan gastritis kronis.

e. Stress

Melalui mekanisme neuroendokrin yang berhubungan dengan pencernaan saluran, stres dapat memberikan efek negatif sehingga menyebabkan tubuh memproduksi lebih banyak lambung. Asam

lambung yang berlebihan akan memecah lambung (mukosa), sehingga menimbulkan rasa nyeri pada ulu hati. Sejalan dengan penelitian Suwindari et al tahun 2021 tentang “Faktor Penyebab Kejadian Gastritis di Indonesia” didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara stress dengan kejadian gastritis. Stress yang berkepanjangan dapat meningkatkan produksi asam lambung. Ketika kadar asam lambung meningkat akan menimbulkan ketidaknyamanan pada lambung.

f. Konsumsi Alkohol

Efek mengkonsumsi alkohol bagi tubuh tidak hanya terjadi dalam jangka pendek, tetapi juga dalam jangka panjang yang secara signifikan mengganggu kesehatan. Mengonsumsi alkohol dapat meningkatkan risiko pencernaan dengan menyebabkan sel-sel rusak dalam sistem pencernaan. Mengonsumsi alkohol, meskipun dalam jumlah sedikit, akan mengurangi produksi lemak lambung dan nafsu makan, yang merupakan gejala gastritis. Di sisi lain, mengonsumsi alkohol dalam jumlah banyak dapat menyebabkan mukosa lambung menipis.

g. Rokok

Rokok mengandung zat kimia yang berbahaya bagi kesehatan. Salah satu asam nikotinat yang terdapat dalam rokok akan mengendurkan dan merusak pembuluh darah dalam lambung sehingga aliran darah ke lambung akan terganggu. Akibat penurunan ini, terjadi penurunan produksi lendir yang berfungsi melindungi lambung dari iritasi. Dengan penurunan produksi lendir ini, akan memicu peradangan yang menyebabkan gastritis.

h. Usia

Akibat bertambahnya usia, lapisan lambung akan mengalami penipisan dan melemah sehingga memudahkan terjadinya gangguan sistem pencernaan, termasuk penyakit gastritis. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa gastritis dapat menyerang orang-orang dari segala usia, namun puncaknya terjadi pada orang berusia

di atas 40 tahun. Menurut penelitian yang dilakukan Suwindri et al (2021), menyatakan bahwa responden berusia > 16 tahun berpeluang 0,737 kali untuk penderita Gastritis daripada responden yang berusia < 16 tahun.

i. Jenis Kelamin

Jenis kelamin mempunyai dampak terhadap terjadinya penyakit gastritis. Dibandingkan dengan laki-laki, jenis kelamin perempuan mempunyai potensi 6.667 kali menderita penyakit gastritis, menurut penelitian sebelumnya. Karena tingkat stres pada wanita cenderung lebih tinggi dibandingkan pada pria, maka mereka lebih mudah terkena penyakit gastritis.

3. Patofisiologi

Berdasarkan patofisiologi, mukosa barier lambung biasanya melindungi lambung dari pencernaan itu sendiri, yang disebut sebagai proses asam autodigest, dengan prostaglandin memberikan perlindungan ini. Jika penghalang mukosa ini rusak maka akan mengakibatkan penyakit gastritis. Pada titik ini, kerusakan mukosa terjadi dan disebabkan oleh rangsangan histamin dan kolinergik saraf. H^+ kemudian dapat berdifusi balik ke dalam mukus dan menyebabkan luka pada pembuluh yang kecil, sehingga menyebabkan terjadinya bengkak, perdarahan, dan erosi pada lambung. Manifestasi patologi awal dari gastritis adalah penebalan, kemerahan pada membran mukosa dengan adanya tonjolan/terlipat. Ketika penyakit ini berkembang, dinding dan saluran lambung menipis dan mengecil, atrofi gastrik progresif karena perlukaan mukosa kronik yang menyebabkan fungsi sel utama dan parietal memburuk (Dillasamola, 2024).

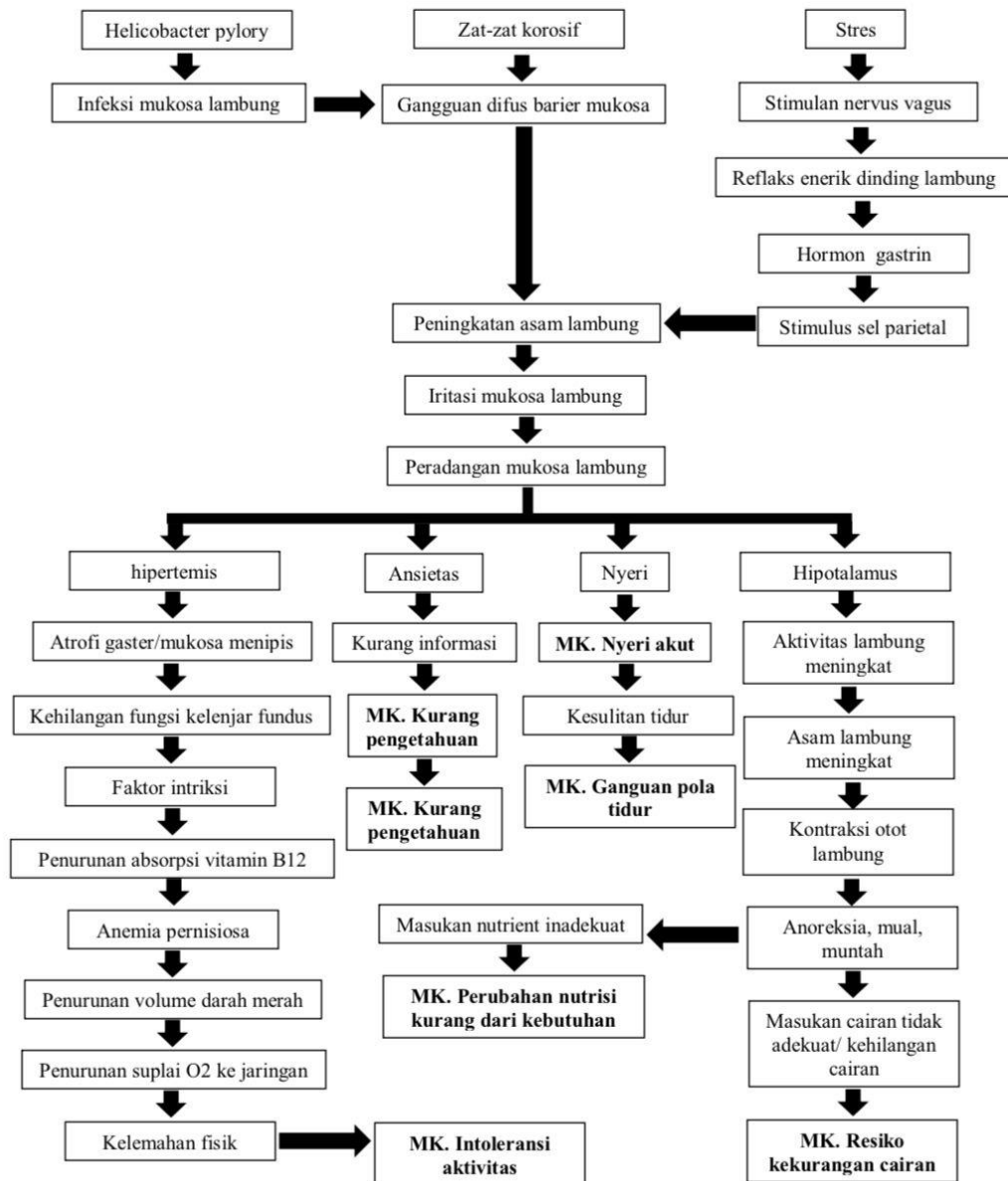
Kerusakan pertahanan mukosa juga dapat terjadi akibat konsumsi OAINS yang lemah, sehingga apabila ditaruh dalam lambung dengan lumen seperti asam ($pH < 3$) akan menghasilkan partikel non-terionisasi. Selanjutnya, partikel obat tersebut akan mudah berdifusi melalui membran lipid ke dalam sel epitel mukosa lambung bersama dengan ion H^+ . Pada

epitel lambung, suasana menjadi netral sehingga bagian obat yang mengalami difusi akan terperangkap dalam sel epitel dan terjadi penumpukan obat dalam lapisan epitel mukosa. Pada saat itu, mukosa akan terjadi kerusakan, dimulai dari peradangan dan berlanjut kepada ulserasi (Raehana, 2021).

Kerusakan mukosa lambung ditandai dengan adanya perubahan pada epitel lambung, seperti deskuamasi, erosi, dan ulserasi. Deskuamasi adalah suatu kondisi dimana sel epitel lambung mengalami pengelupasan. Pengelupasan tersebut merupakan bentuk salah satu pertahanan bagi mukosa lambung karena sel-sel epitel tersebut akan mengalami regenerasi akibat terpapar oleh zat-zat yang dapat merusak mukosa lambung. Dalam keadaan normal, lambung mengalami deskuamasi sel-sel epitel setiap 1-3 hari sekali. Selain terjadi deskuamasi, mukosa lambung yang terpapar oleh zat-zat yang dapat mengiritasi mukosa lambung juga ditandai dengan terjadinya erosi. Erosi merupakan suatu kejadian hilangnya 1- 10 sel-sel epitel pada mukosa lambung. Sedangkan ulserasi merupakan suatu bentuk kerusakan mukosa lambung yang terjadi karena hilangnya lebih dari 10 sel-sel epitel pada mukosa lambung (Sabilla, 2023).

4. Pathway

Gambar 2.1 Pathway Gastritis



Sumber: Dillasamola, (2024)

5. Klasifikasi

Gastritis dapat diklasifikasi menjadi 2 menurut Reaina Binnisa, (2024), sebagai berikut:

a. Gastritis Akut

Gastritis akut adalah salah satu jenis peradangan mukosa dengan gejala mual dan muntah gejala dan nyeri epigastrium yang bervariasi. Gastritis akut biasanya tidak menunjukkan gejala, namun pada kasus tertentu dapat menyebabkan anoreksia, hematemesis, dan melena. Dalam kasus yang lebih parah, erosi, pendarahan, dan mukosa lambung dapat terjadi. Secara histopatologis, pada stadium awal terdapat keterlibatan lapisan superfisial organ yang kemudian berkembang menjadi lesi yang lebih dalam disertai hilangnya struktur kelenjar, sedangkan sel dominan pada epitel superfisial adalah neutrophil.

Gastritis akut sering diakibatkan oleh pola makan buruk, konsumsi makanan yang mengiritasi, terlalu berbumbu, atau terkontaminasi mikroorganisme penyebab penyakit. (NSAID), asupan alkohol, refluks empedu, dan terapi radiasi. Gastritis akut parah akibat konsumsi asam atau basa kuat bisa menyebabkan gangren atau perforasi pada mukosa lambung. Jaringan parut dapat terjadi pada mukosa lambung, mengakibatkan obstruksi atau stenosis pilorus. Gastritis akut juga dapat terjadi pada klien yang pernah mengalami luka traumatis berat seperti luka bakar, infeksi berat, gagal hati, gagal ginjal, gagal nafas, dan operasi besar. Selain itu, gastritis juga dapat menjadi tanda awal penyakit infeksi sistemik akut.

b. Gastritis Kronis

Gastritis kronis adalah penyakit serius dan berbahaya yang biasanya menyerang manusia. Gejala serta tanda klinis gastritis kronis tidak separah gastritis akut, namun bersifat persisten. Mual dan rasa tidak nyaman pada perut bagian atas juga ditemukan pada penyakit gastritis (Kumar, 2018). Gastritis kronis merupakan suatu reaksi

inflamasi persisten pada mukosa lambung yang ditandai dengan penumpukan limfosit dan sel plasma pada lamina propria. Gastritis aktif kronis menunjukkan adanya proses inflamasi aktif yang terjadi dan menyebabkan kerusakan pada sel epitel. Gastritis kronis secara histologis dapat dibedakan menjadi 2 jenis yaitu atrofi dan non-atrofi, penting untuk membedakan 2 jenis ini untuk mengetahui risiko kanker yang berhubungan dengan gastritis. Gastritis kronis berkembang secara bertahap, selama beberapa tahun, menjadi gastritis atrofi. Lambung yang ditandai dengan penumpukan limfosit dan sel plasma pada lamina propria. Gastritis aktif kronis menunjukkan adanya proses inflamasi aktif yang terjadi dan menyebabkan kerusakan pada sel epitel. Gastritis kronis secara histologis dapat dibedakan menjadi 2 jenis yaitu atrofi dan non-atrofi, penting untuk membedakan 2 jenis ini untuk mengetahui risiko kanker yang berhubungan dengan gastritis. Gastritis kronis berkembang secara bertahap, selama beberapa tahun, menjadi gastritis atrofi. Diperkirakan 50% klien dengan gastritis kronis akan berkembang menjadi gastritis atrofi pada tingkat tertentu. Gastritis atrofi mempunyai ciri khas yaitu hilangnya kelenjar mukosa normal baik pada antrum dan korpus (dan fundus), atau pada keduanya. Perubahan histologis, disebabkan oleh reaksi autoimun yang ditujukan pada sel parietal atau komponennya, atau dapat dikaitkan dengan H.

6. Manifestasi klinis

Banyak kondisi yang mungkin menyebabkan gastritis, gejala dan tanda penyakit ini sama antara satu dengan yang lainnya. Gejala-gejala tersebut antara lain rasa perih atau sakit seperti yang terlihat pada perut bagian atas yang mungkin menjadi lebih baik atau lebih terasa setelah makan seperti mual, muntah, kehilangan selera makan, kembung (bersendawa) terasa penuh di perut bagian atas setelah makan dan penurunan berat badan (Yuli Harni, 2023).

Gastritis yang terjadi secara tiba-tiba (akut) biasanya memiliki gejala mual dan nyeri seperti rasa terbakar atau tidak nyaman di daerah lambung, sedangkan gastritis yang berkembang secara bertahap biasanya menimbulkan gejala seperti nyeri tumpul atau sakit yang muncul di daerah lambung dan terasa penuh atau kehilangan selera setelah makan beberapa gigitan. Bagi sebagian orang gastritis kronis tidak menyebabkan gejala apapun. Nyeri yang dirasakan adalah merupakan respon sistem saraf yang distimulasi oleh beberapa faktor yang akan dijelaskan lebih lanjut (Agustin & Hamid, 2024).

7. Komplikasi

Menurut Swardin (2022) komplikasi dapat dibagi menjadi 2, yaitu

a. Gastritis Akut

Ada beberapa masalah yang timbul pada komplikasi gastritis akut, seperti pendarahan pada bagian saluran, seperti muntah darah atau hematemesis, dan pencampuran darah atau melena pada kasus parah, yang dapat mengakibatkan syok hemoragik. Namun, dalam cerna saluran bagian atas, ulkus peptikum sering kali bertepatan dengan kejadian ulkus peptikum, yang berfungsi sebagai kriteria diagnostik dengan memeriksa faktor utama dari ulkus peptikum.

b. Gastritis Kronis

Pada Gastritis kronis terjadi Perdarahan pada saluran cerna bagian atas, ulkus, perforasi dan anemia disebabkan ketidakseimbangan absorpsi vitamin B12.

8. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan menurut Hawati (2020), antara lain:

a. Terapi farmakologi

Sukralfat, penyekat reseptor H₂, dan PPI adalah contoh obat yang dapat digunakan untuk mengobati atau meredakan stres gastritis akut. Agen PPI dan penyekat reseptor H₂ mengurangi jumlah atau efek asam hidrokarbon pada mukosa lambung. PPI omeprazol (Prilosec), esomeprazole (Nexium), dan lansoprazole (Prevacid)

adalah contohnya. Komponen penyekat H₂ meliputi nizatidin (Axiid), ranitidine (Zantac), famotidine (Pepcid), dan simetidin (Tagamet).

b. Terapi non farmakologi

Terapi komplementer, seperti pengobatan herbal atau aromaterapi, dapat direkomendasikan untuk klien gastritis. Rujuk klien ke penyedia layanan kesehatan yang mengkhususkan diri dalam pengobatan herbal dan alami, atau aromaterapi, untuk kebutuhan perawatan pribadi. Rekomendasi tersebut berupa

- 1) Teh kamomil atau minyak esensial yang digunakan dalam aromaterapi.
- 2) Bawang putih; satu siung bawang putih yang dirajang halus dan diminum sekali sehari saat akan tidur.
- 3) Jahe, berbentuk serbuk atau kapsul, atau dicampurkan ke dalam teh yang diminum sebelum dan setelah makan.
- 4) Aromaterapi minyak mint (mentol) melalui suatu diffuser, saat mandi, atau diencerkan dengan minyak carrier dan digunakan selama masase terapi.
- 5) Relaksasi, benson merupakan gabungan teknik pernapasan dan elemen keyakinan dengan tujuan untuk mencapai kondisi relaksasi fisik dan mental, mengurangi stres, kecemasan dan nyeri.

C. Konsep Nyeri

1. Pengertian

Menurut *The International Association for The Study of Pain (IASP)*, nyeri didefinisikan sebagai fenomena sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dan berhubungan dengan kegagalan jaringan atau yang dapat menyebabkan kegagalan jaringan. Nyeri adalah fenomena yang mempengaruhi respons emosional serta fisik dan mental seseorang. Penderitaan seseorang atau individu dapat menjadi penyebab utama mencari pengobatan medis dan juga dapat menjadi alasan untuk mencari bantuan medis. Kenyamanan individu diperlukan, dan harus

menyenangkan. Nyeri adalah kejadian tidak menyenangkan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang terjadi di wilayah tertentu. (A. A. Saputra et al., 2021).

Nyeri merupakan penyakit yang ditandai oleh rasa tidak menyenangkan yang hanya dapat dijelaskan akurat oleh orang yang mengalaminya, pengalaman rasa sakit dan ketidaknyamanan setiap individu berbeda. Nyeri merupakan tanda peringatan bahwa terjadi kerusakan jaringan, yang harus menjadi pertimbangan utama perawat saat mengkaji nyeri (Arsi et al., 2024).

2. Klasifikasi

Secara umum klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis menurut Nurhanifah & Sari (2022), sebagai berikut:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri merupakan respons biologis terhadap kegagalan jaringan dan merupakan tanda ketika terjadi kegagalan jaringan, seperti nyeri pasca operasi. Jika nyeri tersebut bukan karena masalah sistemik, nyeri akut biasanya muncul setelah jaringan diperbaiki. Biasanya, nyeri akut terjadi kurang dari enam bulan atau kurang dari satu bulan.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronik, atau nyeri yang berlangsung selama jangka waktu tertentu, baik terus-menerus maupun terputus-putus. Nyeri akut yang berlangsung di luar penyembuhan diduga dan sering kali tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera tertentu yang mengakibatkan nyeri terus-menerus atau tidak teratur selama beberapa bulan atau tahun. Beberapa peneliti menggunakan data dari enam bulan untuk menentukan nyeri sebagai kronis.

3. Nyeri Berdasarkan Derajat

Menurut Prananingrum (2022) ada beberapa cara untuk mengukur derajat nyeri, namun cara yang sederhana menentukan nyeri secara kualitatif yaitu:

- a. Nyeri ringan, adalah nyeri hilang timbul, terutama sewaktu melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur.
- b. Nyeri sedang, adalah nyeri terus menerus, aktivitas terganggu, yang hanya hilang apabila penderita tidur.
- c. Nyeri berat adalah nyeri yang berlangsung terus menerus sepanjang hari, penderita tak dapat tidur atau sering terjaga oleh gangguan nyeri sewaktu tidur

4. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Andormoyo (2013) ada beberapa faktor yang mempengaruhi respon nyeri seseorang, yaitu:

a. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, terutama pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan di antara kelompok orang ini dapat mempengaruhi perilaku anak-anak dan orang dewasa terhadap rasa nyeri.

b. Jenis Kelamin

Secara umum, respons pria dan wanita terhadap nyeri tidak berbeda. Terapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh berbagai faktor biokimia dan bersifat unik pada setiap individu, tanpa memandang jenis kelamin.

c. Perhatian

Tingkat seorang klien memusatkan perhatian pada nyeri yang mempengaruhi persepsi nyeri, peningkatan perhatian berkorelasi dengan peningkatan nyeri. Konsep ini merupakan salah satu teknik terapi nyeri yang paling sering digunakan, seperti pijat, terbimbing imajinasi, dan relaksasi. Perawat dapat mendeteksi nyeri pada

kesadaran perifer dengan cara memusatkan perhatian dan konsentrasi klien pada rangsangan lain.

d. Kebudayaan

Individu mempelajari apa yang mereka yakini dan apa yang diajarkan kepada mereka oleh budaya mereka sendiri, dan keyakinan serta nilai-nilai budaya mempengaruhi cara mereka menghadapi hidup. Ini menggambarkan bagaimana reaksi mempengaruhi nyeri. Cara seseorang mengekspresikan diri merupakan tanda budaya mereka. Menurut budaya tertentu, nyeri memperlihatkan adalah sesuatu yang mudah dipahami. Sosialisasi sehari-hari mengidentifikasi keadaan psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini mempengaruhi perkembangan fisik opiat endogen, yang menghasilkan persepsi nyeri.

e. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri.

f. Ansietas

Kecemasan biasanya meningkatkan persepsi nyeri, meskipun nyeri juga dapat menyebabkan serangan kecemasan. Jika kecemasan tidak diperhatikan dalam lingkungan yang berteknologi maju, seperti satuan intensitas, maka kecemasan dapat mengindikasikan masalah serius dengan nyeri yang tidak selalu dapat diatasi, yang sering kali mengakibatkan gangguan psikologis dan gangguan kepribadian.

g. Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri, dan rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri menjadi lebih hebat dan menurunkan kemampuan coping. Apabila kelelahan disertai dengan kesulitan tidur,

persepsi nyeri bahkan dapat terasa lebih berat. Nyeri dapat berkurang setelah individu mengalami periode tidur yang lelap di banding hari yang melelahkan.

h. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak serta merta menunjukkan bahwa individu tersebut akan lebih mudah menerima nyeri di masa mendatang. Akan tetapi, jika seseorang mengalami nyeri dengan jenis berulang-ulang, maka nyeri itu sendiri yang menafsirkan sensasi nyeri tersebut.

i. Gaya koping

Ketidakmampuan, sebagian atau keseluruhan, dapat disebabkan oleh nyeri. Klien sering meminta berbagai metode untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis mereka. Penting untuk memahami sumber-sumber koping klien saat saya mengalami nyeri.

j. Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami rasa nyeri sering bergantung pada anggota keluarga serta teman dekat untuk mendapat dukungan, bantuan atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap klien rasakan, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan. Kehadiran orangtua sangat penting terutama bagi anak-anak yang sedang mengalami nyeri.

5. Pengkajian Nyeri

Tidak ada metode yang tepat untuk menjelaskan sebagian nyeri yang dialami seseorang. Seseorang yang mengalami nyeri adalah sumber informasi terbaik untuk menggambarkan nyeri yang dialaminya (Andriyani, 2020). Beberapa hal yang dikaji untuk menggambarkan nyeri seseorang antara lain adalah riwayat nyeri.

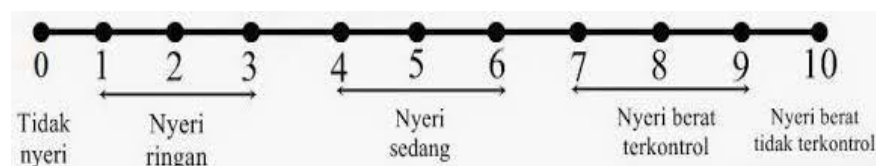
- a. P: *Provokasi* (penyebab terjadinya nyeri) Tenaga kesehatan harus menyelidiki faktor-faktor yang berkontribusi terhadap nyeri klien, termasuk gejala fisik yang mungkin ada, seperti membangun hubungan antara nyeri klien dan faktor psikologis. Terkadang hal ini dapat terjadi bukan karena kurangnya keinginan, melainkan karena faktor psikologis.
- b. Q: *Quality* (kualitas nyeri) merupakan ungkapan subyektif yang dilakukan klien dan menggambarkan nyerinya dengan menggunakan kalimat seperti ditusuk, disayat, ditekan, sakit nyeri, atau superfisial.
- c. R: *Region* (untuk mengkaji lokasi nyerinya) tenaga kesehatan meminta klien untuk menentukan area mana yang memang tidak nyaman. Untuk memahami lokasi perawatan kesehatan yang spesifik, minta klien untuk menunjukkan nyeri yang paling hebat.
- d. S: *Severe* (untuk mengetahui dimana tingkat keparahan nyeri) penderita menganggap hal ini sebagai hal yang paling subjektif karena akan menunjukkan kualitas nyeri. Kualitas nyeri ini dapat ditunjukkan dengan menggunakan skala nyeri.
- e. T: *Time* (waktu) yang harus dilakukan dalam pengkajian waktu adalah awitan, durasi dan rangkaian nyeri yang dialami. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama nyeri itu muncul dan seberapa sering untuk kambuh.

6. Pengukuran Nyeri

Instrumen pengukuran/skala intensitas nyeri yang dapat digunakan menurut Esa Surya Aulia, (2024):

- a. Skala deskripsi intensitas nyeri sederhana

Gambar 2.2 Skala deskripsi intensitas nyeri sederhana



Sumber: Esa Surya Aulia, (2024)

Skala ini menggunakan angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan ambang batas nyeri. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pasca bedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala yang digunakan bisa nyeri, sedang, atau parah. Salah satu cara untuk menggambarkan hilang/redanya nyeri adalah sebagai berikut: tidak hilang, agak berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali.

b. Skala intensitas nyeri *numeric*

Gambar 2.3 Skala intensitas nyeri numeric



Sumber: Mardona et al., (2023)

Skala yang paling efektif untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Penilaian nyeri yang dirasakan klien yaitu:

- 1) 0 = tidak ada rasa sakit. Merasa normal
- 2) 1 = Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) = sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu klien tidak pernah berpikir tentang rasa sakit.
- 3) 2 = (tidak menyenangkan) = nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit
- 4) 3 = (bisa ditoleransi) = nyeri sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah atau suntikan oleh dokter
- 5) 4 = (menyedihkan) = kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah
- 6) 5 = (sangat menyedihkan) = kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
- 7) 6 = (intens) = kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian indra klien, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.

- 8) 7 = (sangat intens) = sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra klien menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri
- 9) 8 = (benar-benar mengerikan) = nyeri begitu kuat sehingga klien tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama
- 10) 9 = (menyiksa tak tertahankan) = nyeri begitu kuat sehingga klien tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya
- 11) 10 = (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan) = nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini. Karena sudah keburu pingsan seperti mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagian akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.

c. Skala wajah untuk nyeri menurut Wong-Baker

Penilaian nyeri menggunakan skala Wong-Baker sangat mudah, namun perlu kehati-hatian saat menilai ekspresi penderita karena penilaian menggunakan skala ini dilakukan hanya dengan mengamati ekspresi penderita pada saat bertatap muka tanpa menyebutkan efek negatif apa pun. Skala Wong-Baker (berdasarkan ekspresi wajah) dapat dilihat di bawah ini :

Gambar 2.4 Skala wajah untuk nyeri menurut Wong-Baker

Skala Wajah	0	2	4	6	8	10
Skala Nyeri						
Deskripsi Nyeri	Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Nyeri Sedang	Nyeri Berat	Nyeri Sangat Berat	
Pengamatan Penampilan	Aktivitas normal, bahagia	Eksresi netral, mau bermain dan berbicara	Melindungi daerah yang sakit, mengurangi gerakan (diam), mengeluh nyeri	Tidak bergerak, terlihat takut, sangat diam	Gelisah, mengeluh sangat nyeri, menangis terus	

Sumber: Gusnirerz, (2023)

- 1) Ekspresi wajah 0 : tidak merasa nyeri sama sekali
- 2) Ekspresi wajah 2 : nyeri hanya sedikit
- 3) Ekspresi wajah 4 : sedikit lebih nyeri
- 4) Ekspresi wajah 6 : jauh lebih nyeri
- 5) Ekspresi wajah 8 : jauh lebih nyeri sangat
- 6) Ekspresi wajah 10 : sangat nyeri luar biasa hingga penderita menangis

D. Konsep Terapi benson

1. Pengertian

Relaksasi Benson dikembangkan oleh Benson di *Havard's Thorndike Memorial Laboratory* dan *Benson's Hospital*. Relaksasi Benson dapat dilakukan sendiri, bersama orang lain, atau dengan mentor. Relaksasi Benson adalah teknik relaksasi yang dipadukan dengan keyakinan yang diberikan klien. (Bagus Setiyanto, 2021).

Menurut Benson dan Proctor, jika rumus seperti kata-kata atau kalimat tertentu digunakan berulang-ulang dan unsur keimanan dan keyakinan tidak disertakan, maka akan menghasilkan respons yang lebih kuat daripada jika hanya reaksi yang dibuat tanpa mempertimbangkan keyakinan. Frasa yang digunakan dapat berupa Tuhan atau kata-kata lain yang memiliki kemampuan untuk menenangkan klien (Maharani, 2020).

Relaksasi Benson merupakan salah satu jenis relaksasi yang menggunakan teknik pernapasan yang biasanya digunakan di rumah sakit untuk klien yang mengalami nyeri atau kecemasan. Selain itu, terdapat penambahan unsur keyakinan berupa kata-kata dalam Relaksasi Benson. Keunggulan teknik relaksasi dibandingkan teknik lainnya adalah lebih mudah dilakukan dan tidak memiliki efek samping (Alza et al., 2023).

2. Manfaat Terapi Relaksasi Benson

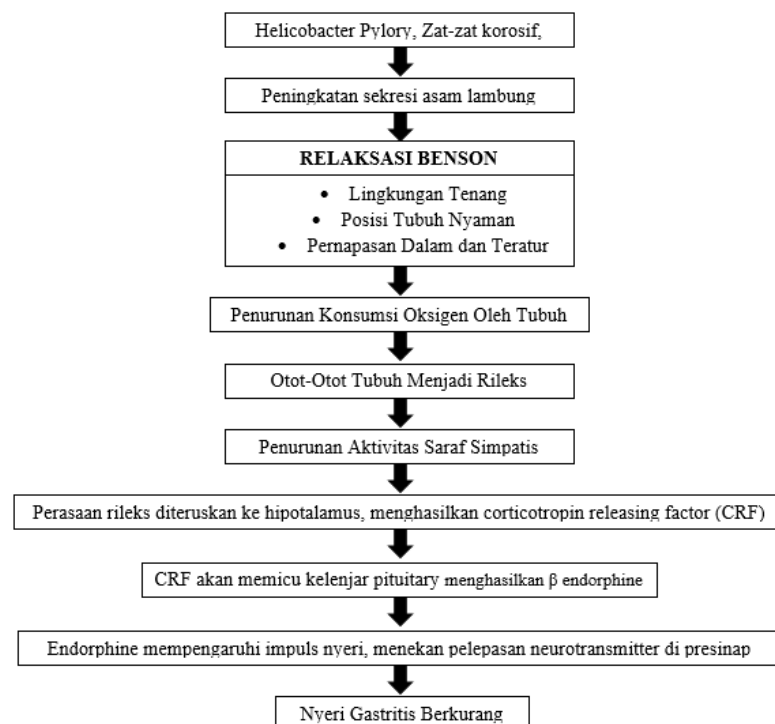
Relaksasi benson dapat menyebabkan penurunan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan kerja sistem saraf parasimpatis yang akhirnya dapat sedikit melebarkan arteri dan melancarkan peredaran darah yang kemudian dapat meningkatkan transport oksigen ke seluruh jaringan

terutama jaringan perifer. Selain itu juga dapat merelaksasikan otot lambung sehingga asam lambung dapat dinetralisir atau bahkan menjadi berkurang dan nyeri akibat iritasi lambung dapat menurun (Fadli et al., 2022).

Menurut Miltenberger (2004) bahwa manfaat relaksasi Benson yaitu mengurangi nyeri, mengatasi gangguan tidur (insomnia), mengatasi kecemasan, dan sebagainya. Hal ini juga senada dengan apa yang disampaikan (Rosemary, 2004) didalam buku ia diterbitkan menyatakan bahwa keuntungan pengajaran teknik Relaksasi Benson pada klien bedah ortopedi yang tidak lagi mendapat obat analgesia sistemik menunjukkan skor distress yang lebih rendah, skor nyeri lebih rendah dan menderita insomnia lebih sedikit (Mardliyana & Puspita, 2023).

Berikut merupakan skema pengaruh penerapan relaksasi benson terhadap penurunan nyeri akibat gastritis:

Gambar 2.5 Skema Pengaruh Penerapan Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Akibat Gastritis



Sumber: Sisila et al., (2022)

3. Tujuan Terapi Relaksasi Benson

Tujuannya untuk memperbaiki ventilasi alveoli didalam paru, memelihara terjadinya pertukaran gas serta mencegah atelektasi paru, dapat meningkatkan efisiensi batuk, menurunkan tingkat stress, baik stress secara fisik maupun stress secara emosional dan menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan serta menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolic. Teknik relaksasi benson mampu menurunkan nyeri pada pasien gastritis karena pada saat teknik relaksasi benson dilakukan pernapasan 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 dapat menjadi rileks sehingga mampu mengurangi nyeri gastritis (Hawati, 2020).

Proses pernapasan pada relaksasi benson merupakan proses masuknya oksigen ke saluran nafas menuju paru-paru dan di proses dalam tubuh, kemudian diproses paru-paru tepatnya percabangan bronkus dan diedarkan ke setiap bagian tubuh via pembuluh darah vena dan nadi agar dapat memenuhi kebutuhan oksigen. Jika oksigen terpenuhi maka manusia akan tetap dalam kondisi yang netral. Kondisi ini akan menimbulkan keadaan rileks secara umum pada manusia. Rileks bisa menurunkan kegiatan saraf simpatis dan menghidupkan saraf parasimpatis, agar terjadi penurunan heart rate serta tekanan perifer yang dikarenakan oleh pelebaran oleh pembuluh darah dan membuat konsentrasi O₂ di dalam darah meningkat sehingga kebutuhan O₂ di jaringan bisa tercukupi, sehingga bisa menurunkan tekanan darah (Weking & Dikson, 2023).

4. Pendukung Terapi Relaksasi Benson

Menurut Surya Bakti et al., (2024) untuk melakukan terapi relaksasi benson perlu didukung beberapa aspek seperti:

a. Perangkat Mental

Harus ada rangsangan yang konsisten untuk mengingatkan diri sendiri tentang hal-hal yang berada di luar diri sendiri. Rangsangan tersebut

dapat berupa satu kata atau frasa yang ditafsirkan sesuai dengan keyakinan. Contoh kata atau frasa singkat adalah fokus saat melakukan reaksi benson. Fokus pada kata atau frasa akan meningkatkan kekuatan respons dasar dalam kaitannya dengan peluang faktor keyakinan anggota untuk mengurangi dampak aktivitas saraf simpatik.

b. Suasana tenang

Suasana tenang membantu efektifitas pengulangan kata atau frase, sehingga mudah menghentikan pikiran yang menimbulkan masalah.

c. Sikap pasif

Sikap yang sangat penting karena dapat berguna untuk mengabaikan pikiran yang mengganggu sehingga dapat fokus pada pengulangan kata atau frase.

5. Indikasi

Indikasi relaksasi benson menurut (Fattaah, 2022), sebagai berikut:

- a. Stres dan kecemasan: Untuk mengurangi stres kronis, gangguan kecemasan, dan tekanan emosional.
- b. Hipertensi: Membantu menurunkan tekanan darah.
- c. Insomnia: Membantu meningkatkan kualitas tidur.
- d. Nyeri akut: Seperti pada gastritis
- e. Nyeri kronis: Seperti pada penderita kanker, fibromyalgia, atau nyeri pasca operasi.
- f. Diabetes tipe 2: Membantu pengendalian gula darah melalui pengurangan stres.
- g. Masalah jantung: Seperti penyakit jantung koroner dan gangguan irama jantung.

6. Kontraindikasi

Relaksasi benson umumnya aman untuk sebagian besar orang, tetapi ada beberapa kontraindikasi relative (Taslim & Cahyani, 2021):

- a. Gangguan mental berat: Seperti psikosis, skizofrenia aktif, atau depresi berat yang belum diobati. Teknik ini bisa memicu pengalaman yang tidak menyenangkan atau delusi.

- b. Trauma psikologis berat: Pada individu dengan PTSD berat, teknik meditasi bisa memicu kilas balik (*flashback*).
 - c. Ketidakmampuan mengikuti instruksi: Misalnya pada klien dengan gangguan kognitif berat.
7. Waktu pelaksanaan relaksasi benson
- Waktu pelaksanaan relaksasi Benson bisa disesuaikan dengan kebutuhan individu. Umumnya dilakukan durasi: 10–15 menit per sesi. Waktu terbaik yaitu sebelum makan.
8. Frekuensi pelaksanaan relaksasi benson
- Relaksasi Benson sebaiknya dilakukan secara rutin untuk hasil optimal. Frekuensi ideal: 1–2 kali per hari minimal 3–4 kali per minggu. Konsistensi lebih penting daripada durasi lama. Efek relaksasi akan terasa lebih kuat jika dilakukan secara teratur dalam jangka panjang (Ummah, 2020).
9. Standar Operasional Prosedur

Tabel 2.1 Panduan Pelaksanaan Terapi Relaksasi Benson

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK RELAKSASI BENSON
Pengertian	Teknik Relaksasi Benson adalah teknik pernafasan dalam yang melibatkan keyakinan seseorang dengan kata-kata/frase religi yang diyakini dapat menurunkan beban yang dirasakan atau dapat meningkatkan kesehatan
Tujuan	Menurunkan atau mengurangi nyeri, mengendalikan ketegangan otot, dan juga mengendalikan pernafasan
Waktu	Selama 10-15 menit, 1-2 x sehari, sebaiknya sebelum makan
Persiapan klien dan lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tingkat nyeri klien 2. Kaji kesiapan klien dan perasaan klien 3. Berikan penjelasan tentang terapi Benson

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Minta klien mempersiapkan kata-kata yang diyakini 5. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien
Peralatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengukur waktu 2. Catatan observasi klien 3. Pena dan buku catatan kecil
Tahap orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan perkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien mengambil posisi yang dirasakan paling nyaman, bisa berbaring atau duduk 2. Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan, sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata 3. Kendorkan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha perut, dan lanjutkan ke semua otot tubuh. Tangan dan lengan diulurkan kemudian lemaskan dan biarkan terkulai wajah. Usahakan agar tetap rileks. 4. Mulai dengan bernafas yang lambat dan wajah, serta mengucapkan dalam hati kata-kata yang sudah dipilih pada saat menarik nafas dan diulang saat mengeluarkan nafas. Lemaskan seluruh tubuh disertai dengan sikap pasrah 5. Ulangi terus point 4 selama 10-15 menit
Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi skala nyeri setelah intervensi 2. Ucapkan salam
Dokumentasi	Catat hasil observasi di dalam catatan perkembangan klien

Sumber: Noviariska (2022)

E. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu metode pengorganisasian yang sistematis, dengan fokus pada identifikasi dan penyelesaian masalah dari respon klien terhadap kondisinya untuk melakukan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat umum (Prastiwi et al., 2023). Konsep keperawatan terdiri dari proses antara lain:

1. Pengkajian

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (seperti TTV, wawancara klien/keluarga, dan pemeriksaan fisik) dan pengumpulan informasi klien

a. Identitas Klien

1) Identitas klien

Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik.

2) Identitas penanggung jawab

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan klien.

b. Keluhan utama

Alasan/keluhan yang menonjol pada klien gastritis untuk datang ke rumah sakit/puskesmas adalah klien mengeluh nyeri ulu hati, mual muntah, dan anoreksia atau nafsu makan menurun.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Sekarang Klien yang mengalami gastritis akut biasanya mengalami nyeri pada epigastrium, pada pengkajian nyeri (PQRST) biasanya P: nyeri karena inflamasi pada lambung, Q: nyeri yang digambarkan sampai tajam, dangkal, rasa terbakar, perih, R: nyeri ulu hati menyebar ke pinggang dan kepala, S: skala nyeri klien gastritis 6-7, T: saat lambung kosong, saat bergerak nyeri berlangsung lama + 10 menit. Bila klien mengalami gastritis kronis akan mengalami keluhan nyeri epigastrium yang menetap, muntah berlebihan, nafsu makan berkurang,

keluhan lebih berkaitan dengan komplikasi gastritis atrofik seperti tukak lambung, defisiensi zat besi dan anemia.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Dikaji terlebih dahulu apakah gejala berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan atau minum terlalu banyak, atau makan terlalu cepat, kaji adakah riwayat penyakit lambung sebelumnya atau pembedahan lambung sebelumnya.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga lakukan pengkajian tentang riwayat penyakit keturunan yang berhubungan dengan penyakit gastritis dan riwayat penyakit keturunan lain yang ada di dalam keluarga. Untuk penyakit gastritis bukanlah termasuk penyakit keturunan.

f. Riwayat psikososial

Meliputi mekanisme koping yang digunakan klien untuk mengatasi masalah dan bagaimana motivasi kesembuhan dan cara klien menerima keadaannya.

g. Pola kebiasaan

1) Aktivitas/Istirahat

- a) Gejala: Kelemahan, kelelahan, gangguan pola tidur saat istirahat.
- b) Tanda: Nyeri ulu hati pada saat beristirahat, takipnea, takikardi (respon terhadap aktivitas).

2) Sirkulasi

Gejala: takikardi, kelemahan/nadi perifer lemah, warna kulit pucat, sianosis, membran mukosa kering, berkerengat.

3) Integritas Ego

- a) Gejala: Stress (keuangan ataupun pekerjaan), perasaan tidak berdaya.
- b) Tanda: Ansietas misalnya gelisah, pucat, dan gemetar

4) Eliminasi

- a) Gejala: Luka peptik, perubahan pola defekasi, karakteristik feses.
- b) Tanda: Nyeri bising usus hiperaktif selama pendarahan, hipoaktif selama pendarahan, feses encer bercampur darah (melena), warna gelap kecoklatan, berbusa, berbau busuk, konsistensi keras, terjadi konstipasi (perubahan pola makan, penggunaan antasida), dan haluaran urin kuning pekat adalah beberapa gejalanya.

5) Makanan/cairan

- a) Gejala: Anoreksia, mual dan muntah (muntah berkepanjangan disebabkan obstruksi pylorik bagian luar, berhubungan dengan luka duodenal), masalah menelan, cegukan, nyeri ulu hati, sendawa bau asam, penurunan berat badan.
- b) Tanda: Membran mukosa kering, muntah berupa cairan yang berwarna kekuning-kuningan, turgor kulit tidak elastis, CRT >3 detik.

6) Nyeri/ketidaknyamanan

- a) Gejala: Nyeri epigastrium kiri samping tengah atau ulu hati, nyeri yang digambarkan sampai tajam, dangkal, rasa terbakar, perih, nyeri yang hebat disertai perforasi.
- b) Tanda: Meringis, ekspresi wajah tegang.

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik: Review of System

- 1) B1 (breath): takipnea
- 2) B2 (blood): takikardi, nadi perifer lemah, pengisian perifer lambat, warna kulit pucat, membran mukosa kering, turgor kulit tidak elastis, CRT > 3 detik.
- 3) B3 (brain): sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran dapat terganggu, nyeri epigastrium.
- 4) B4 (bladder): gangguan keseimbangan cairan.

- 5) B5 (bowel): merupakan data fokus pada klien gastritis yaitu masalah pencernaan seperti anoreksia, mual, muntah, nyeri ulu hati, tidak toleran terhadap makan.

Pada pemeriksaan fisik abdomen ditemukan:

- (a) Inspeksi: mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis, CRT > 3 detik, perut kembung.
- (b) Auskultasi: bising usus hiperperistaltik jika terjadi perdarahan di lambung, dan hipoperistaltik setelah perdarahan atau jika asupan nutrisi tidak adekuat.
- (c) Palpasi: palpasi abdomen empat kuadran akan terasa nyeri pada area epigastrium kuadran tiga.
- (d) Perkusi: pekak karena meningkatnya produksi HCl lambung dan jika ada perdarahan di lambung.

- 6) B6 (bone): kelelahan, kelemahan.

2. Diagnosa

Diagnosa Keperawatan adalah pemeriksaan klinis terhadap respons manusia terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan, atau respons individu, kelompok, atau komunitas. (Syafi'i et al., 2024). Menurut PPNI diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penyakit gastritis meliputi:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
 - 1) Definisi Pengalaman sensorik atau emosional berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan permulaan yang ringan atau lambat dan intensitas ringan yang berlangsung sekitar tiga bulan.
 - 2) Penyebab Agen pencedera fisiologis (mis. abses, amputasi, luka bakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan), agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, neoplasma), dan agen pencedera kimiawi (mis. pembakaran, bahan kimia iritan).

- b. Nause berhubungan dengan iritasi lambung (D.0076)
 - 1) Definisi Perasaan tidak nyaman di area lambung atau tenggorokan yang dapat menyebabkan muntah.
 - 2) Penyebab Gangguan biokimiawi (mis: uremia, ketoasidosis diabetes), gangguan pada esofagus, distensi lambung, gangguan pankreas, peregangan kapsula limpa, tumor terlokalisasi, kehamilan, mabuk perjalanan, kehamilan, aroma tidak sedap, tidak enak rasa makanan/minuman, stimulasi penglihatan tidak menyenangkan, faktor psikologis, efek agens, dan efek toksin.
- c. Risiko defisit nutrisi (D.0023)
 - 1) Definisi Berisiko mengalami nutrisi tidak cukup untuk menurunkan kebutuhan metabolisme.
 - 2) Faktor Risiko peningkatan kebutuhan metabolisme, ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, kegagalan mengabsorpsi nutrisi, faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi), dan faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan).
- d. Risiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)
 - 1) Definisi Berisiko mengalami penurunan, peningkatan, atau percepatan cairan intravaskuler, interstisial, atau intraseluler.
 - 2) Faktor Risiko Prosedur pembedahan mayor, trauma atau pendarahan, obstruksi usus, peradangan pankreas, luka bakar, apheresis, asites, penyakit ginjal dan kelenjar, dan disfungsi usus.
- e. Gangguan pola tidur (D.0055)
 - 1) Definisi sebagai gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal
 - 2) Penyebab hambatan lingkungan (mis: kelembaban lingkungan, suhu lingkungan, pencahayaan, gangguan sekitar, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/Tindakan), kurangnya kontrol terhadap tidur, kurangnya privasi, pengekangan fisik, ketiadaan teman tidur, dan tidak terbiasa dengan peralatan tidur.

f. Defisit pengetahuan (D.0111)

- 1) Definisi sebagai ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu
- 2) Penyebab keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi

3. Intervensi

Rencana keperawatan untuk diagnosa keperawatan gastritis menurut PPNI adalah sebagai berikut:

2.2 Tabel Intervensi Keperawatan

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan Tingkat Nyeri (L. 08066) menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Keluhan nyeri menurun</p> <p>b. Meringis menurun</p> <p>c. Gelisah menurun</p>	<p>Manajemen Nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Monitor keberhasilan terapi

			<p>komplementer yang sudah diberikan</p> <p>Terapeutik</p> <p>6. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>8. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>9. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>11. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>12. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>13. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p>
--	--	--	---

			Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan pola tidur (D.0055)	Pola tidur membaik (L.05045) Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: a. Keterbatasan kognitif b. Gangguan fungsi kognitif c. Kekeliruan mengikuti anjuran d. Kurang terpapar informasi e. Kurang minat dalam belajar f. Kurang mampu mengingat g. Ketidaktahuan menemukan	Dukungan Tidur (I.) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, the, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 5. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu,

		<p>sumber informasi</p>	<p>matras, dan tempat tidur)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 7. Fasilitasi menghilangkan stress 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan, posisi, terapi akupresure) 10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjuran menepati kebiasaan waktu tidur
--	--	-------------------------	---

			<p>3. Anjurkan menghindari makan/minum yang mengganggu tidur</p> <p>4. Anjurkan pengguna obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</p> <p>6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya</p>
3	Resiko defisit nutrisi (D.0032)	Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan intervensi	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi

		<p>keperawatan, maka status nutrisi membaik (L.03030), dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</p> <p>b. Berat badan membaik</p> <p>c. Indeks massa tubuh (IMT) membaik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 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)
--	--	--	---

			<p>11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>14. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi</p> <p>16. Ajarkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>17. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri,</p>
--	--	--	---

			<p>antiemetik), jika perlu</p> <p>19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>
4	<p>Resiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)</p>	<p>Keseimbangan cairan (L.03020)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka keseimbangan cairan meningkat (L.03020), dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Asupan cairan meningkat Membrane mukosa lembab meningkat Turgor kulit membaik Output urin meningkat 	<p>Manajemen Cairan (I.03098)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) Monitor berat badan harian Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis 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
--	--	--	--

4. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan mengacu pada berbagai kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dalam menyelesaikan masalah status kesehatan yang muncul hingga mencapai status kesehatan yang menunjukkan hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien berkaitan dengan lingkungan klien, perawatan, atau tindakan untuk meningkatkan kondisi mereka, edukasi untuk teman dan keluarga mereka, atau tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang muncul di kemudian hari. (Zebua, 2020). Perawat melakukan tindakan

sesuai dengan rencana perawatan yang telah dibuat. Perawat memberikan pelayanan kesehatan yang meningkatkan kemampuan fungsional lansia, mengurangi komplikasi, dan meningkatkan ketidakmampuan. Tindakan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan dari setiap diagnosa keperawatan yang telah dibuat dengan didasarkan pada konsep asuhan keperawatan gerontik (Februanti, 2020).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah suatu proses yang terencana dan sistematis yang melibatkan pengumpulan, pengorganisasian, analisis, dan perbandingan kondisi kesehatan klien dengan kriteria hasil yang diinginkan. Evaluasi merupakan kegiatan yang berkelanjutan, terus-menerus, dan bersifat eksploratif yang bermanfaat bagi klien, anggota keluarga, pengasuh, dan peserta kesehatan lainnya. Evaluasi memiliki beberapa tujuan (Fajriyah & Dermawan, 2022). Tujuan utamanya adalah untuk membantu klien dalam memenuhi kriteria hasil yang telah ditentukan. Tujuan penting lainnya adalah untuk menentukan efektivitas komponen proses keperawatan dalam membantu klien memenuhi kriteria hasil (Nabila, 2020). Evaluasi membandingkan respons klien saat ini dengan dasar untuk menentukan kemajuan klien dalam mencapai tujuan jangka pendek dan panjang. Penilaian mengenai kemajuan klien dibuat dengan menganalisis dan menghitung data objektif dan subjektif dari klien, anggota keluarga, dan peserta tim. Jika kemajuan gagal memenuhi kriteria, maka klien dan rencana asuhan klien akan ditingkatkan (Nurhanifah & Sari, 2022).