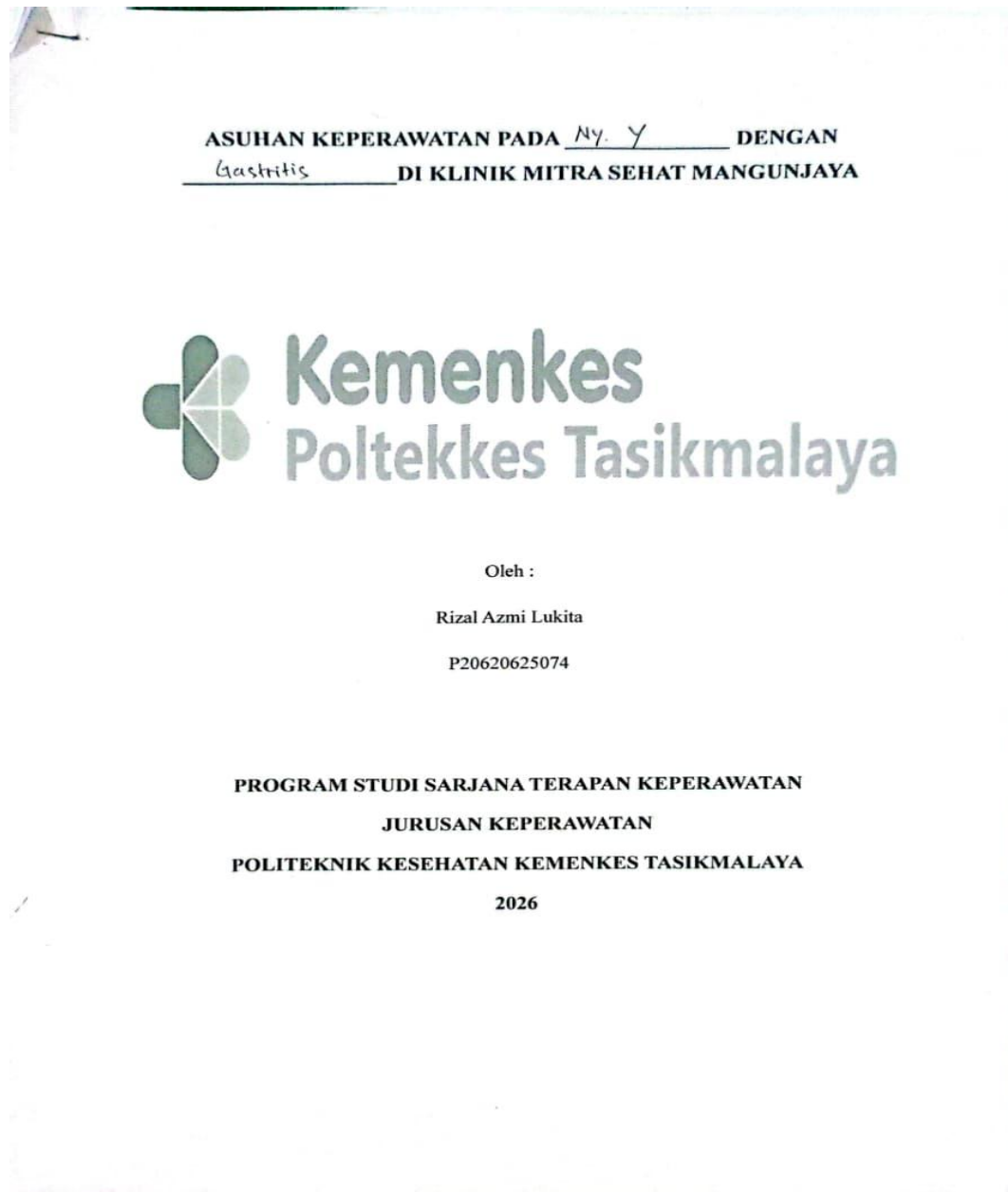


LAMPIRAN

Lampiran 1 dokumentasi penerapan DBE



Lampiran 2 Dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien 1



I. Pengkajian**a. Biodata****1. Identitas Pasien**

Nama : Ny. Y
Umur : 40 thn.
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Sambong
Status perkawinan : Kawin
Agama : Islam
Suku : Sunda
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
No.Register :
Diagnosa medis : Gastritis akut (6-29)
Tanggal masuk : 13 - 06 - 2026
Tanggal pengkajian : 13 - 06 - 2026

2. Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. S
Umur : 18 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : -
Hub. Dengan pasien : Adik pasien
Alamat : Sambong

b. Alasan Masuk Rumah Sakit

Lemas, nyeri ulu hati, mual, nyeri punggung
sudah 3 hari

c. Keluhan Utama Saat Pengkajian

nyeri, mual, lemas

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengeluh nyeri pada ulu hati dan menjalar sampai ke pinggang belakang, skala nyeri 7, nyeri seperti ditekan dan dipukul, nyeri ~~berulang~~ dengan frekuensi waktu terus menerus.
merasa mual tetapi tidak ada muntah. klien terlihat meringis dengan kesadaran umum lemas terbaring ~~lemah~~ meringis dan berkeringat.

e. Riwayat Kesehatan Dahulu

Tidak ada riwayat kesehatan terdahulu

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak memiliki riwayat kesehatan keluarga

g. DATA BIOLOGIS

1. Penampilan Umum

Terlihat meringis kesakitan pada perut dan pinggang.
bibir pucat dan berkeringat, mual sudah 3 hari

2. Activity Dailly Living

Aktifitas	Di Rumah	Di RS
Nutrisi:		
Makan - Jenis menu - Frekuensi - Porsi - Pantangan	Masi 2-3x/hari 1 porsi tidak ada pantangan	Bubur 3x/hari 1 porsi Pakanan Asam, Pedas,
Keluhan		
Minum - Jenis minuman - Frekuensi - Jumlah - Pantangan	Air mineral 6-8 gelas/hari ± 1400 ml Tidak ada	Air mineral 5-6 gelas/hari ± 1000 ml Seda,
Keluhan		
Istirahat dan tidur		
a. Malam - berapa jam - Dari jam S/d - Kesukaran tidur	7-8 jam dari jam 10 - 5 mengurus anak	7-8 jam 20.00 - 05.00 Nyeri,
b. Siang - berapa jam - Dari jam ... s/d - Kesukaran.	30-1 jam 13.00-14.00 Sibuk mengurus anak	1-2 jam 10.00-12.00 nyeri, lemas
Eliminasi		
a. BAK - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Kesulitan	5-6 x /hari kuning khas khas tidak ada	4-5 x /hari kuning pekat khas tidak ada
b. BAB - Frekuensi - konsistensi - Warna - Bau - Kesulitan	1 x /hari Pucat khas khas tidak ada	Batu Bab - - -
Personal Hygiene		
a. Mandi - Frekuensi - Gosok gigi - Kemandirian	2x /hari 2x/hari tanpa bantuan	1x /hari 2x /hari dibantu ke wc
b. Berpakaian		
Kemampuan Ganti berpakaian	mampu berpakaian mandiri	dibantu melepas dan memakai baju

Mobilitas dan aktivitas Kemampuan mobilisasi : di tempat tidur/turun dari tempat tidur/berjalan. Aktivitas yang dilakukan Kesulitan	mampu berpindah dan berjalan secara mandiri	mampu berjalan dan berpindah
--	---	------------------------------

3. Data hasil pemeriksaan fisik

Keadaan umum : terlihat lemas, terbaring kesakitan di tempat tidur
 Tanda-tanda vital : TD : 125/99 S : 36.5°C R : 18 x/m RR : 24 x/m
 SPO : 93%
 BB/TB : 54 kg / 155 cm

a. Sistem Persyarafan

Status Mental : kooperatif, berorientasi baik
 Tingkat kesadaran : compos mentis
 Refleks-refleks : refleks bicep (+), refleks trisep (+), refleks patella (+)
 Nerveus Cranial : Tidak ada kelainan dari Nerveus I - XII

b. Sistem Pernafasan

Inspeksi : Tidak ada retraksi dinding dada, cuping hidung (-), dada simetris
 Palpasi : fremitus simetris, trakea simetris
 Perkusi : suara sonor
 Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan, suara napas vesikuler

c. Sistem Kardiovaskular

Inspeksi : Tidak ada sianosis, tidak ada distensi vena jugularis,
 Auskultasi : Bunyi jantung S1 dan S2 regular, tidak ada suara murmur
 Palpasi : CRT < 2 detik

d. Sistem Pencernaan

Inspeksi : Abdomen datar,
 Palpasi : Nyeri tekan pada ulu hati, hepar tidak teraba
 Perkusi : terdengar timpani pada seluruh kuadran
 Auskultasi : bising usus terdengar ± 15 x/m

e. Sistem Integumen

Inspeksi: Tidak terlihat luka, sianosis, terlihat Pucat pada wajah
 hangat
 Palpasi: aeral ~~dingin~~, turgor kulit baik

f. Sistem Musculoskeletal

Inspeksi: Tidak ada kelemahan otot ekstremitas
 Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas
 Perkusi: -

Movement: kekuatan otot kanan 5 kiri 5

g. Sistem Genitourinaria

Inspeksi: Baik tidak ada hambatan
 Palpasi: kandung kemih kosong
 Perkusi: -

4. DATA PSIKOSOSIAL SPIRITUAL

non verbal: wajah meringis, tertidur

Verbal: klien mampu menjawab pertanyaan dengan jelas

Status Emosi: stabil

Konsep diri: berpikir positif untuk kesembuhannya

Interaksi sosial: kooperatif tidak menutup diri

Pola koping: baik, datang ke faskes agar dapat sembuh

Pengetahuan: -

Spiritual: Pasien beragama Islam, menaati nilai dan norma agamanya

Terapi:

- Inj. RL : 20 rpm
- Inj. Ketorolac : 1 x 1 (drip)
- Sucralpat syrup : 3 x 2 (oral)
- ~~Acetaminophen~~ : ~~1 x 1 (oral)~~
- Inj. Pantoprazol : 1 x 1 (iv)
- Inj. cefotaxime : 2 x 1 (iv)
- ~~Inj. dexamethasone~~ : ~~2 x 1 (iv)~~

Data Diagnostik

N0	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
1.	hemoglobin	8.2 g/dl	11 - 16
	leukosit	10.850 sel /ul	4.000 - 10.000
	trombosit	400.000 sel /ul	150.000 - 450.000
	Hematokrit	24 %	35 - 47

II. Analisa Data

DATA	KEMUNGKINAN ETIOLOGI	MASALAH
DS: klien mengeluh nyeri dengan skala 7 pada ulu hati dan pinggang. nyeri seperti ditekan DO: - kelen tampak meradang - kelen terlihat gelata - TD meningkat 125/99 - X/ : 105 x/m	Faktor resiko (obat-obatan / <i>Helicobacter Pylori</i>) ↓ obat-obatan mengganggu pembentukan mukosa lambung ↓ Bakteri melekat pada epitel lambung ↓ menghancurkan lapisan mukosa ↓ menurunkan barrier lambung ↓ menyebabkan difusi kembali asam lambung dan pepsin ↓ inflamasi ↓ nyeri epigastrium ↓ nyeri akut	nyeri Akut (D.0077)
DS: klien mengeluh mual dan ingin muntah DO: klien terlihat pucat A: 105 x/m Terlihat diaphoresis ber keringat	Faktor resiko ↓ menurunkan barrier lambung ↓ menyebabkan difusi kembali asam lambung dan pepsin ↓ erosi mukosa lambung ↓ menurunkan tonus dan peristaltik lambung ↓ Reflaks isi duodenum ke lambung ↓ mual	Nausea (D.0076)

III. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

- ① nyeri akut b.d. Agen Pencedera fisiologis d.d. mengeluh nyeri, terdapat meningitis. Nadi meningkat, TD. meningkat, Diaphoresis
- ② Nausea b.d. iritasi lambung d.d. mengeluh mual, ingin muntah, Pucat, Diaphoresis
- ③ Risiko Infeksi b.d. faktor risiko penurunan Hb, Peningkatan leukosit
Peningkatan Paparan organisme Patogen lingkungan.

III. Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi & Evaluasi

DX Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut b.d. Agen Pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. keluhan nyeri menurun (s) 2. meningis menurun (s) 3. Diaphoresis menurun (s) 4. Mual menurun (s) 5. Napas makan membaik (s) 6. frekuensi Nadi membaik (s) 7. Tekanan darah membaik (s)	Manajemen nyeri Observasi: 1) Ident. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas 2) Ident. skala nyeri 3) Ident. respon nyeri non-ver 4) Ident. faktor nyeri 5) Ident. pengetahuan dan keyakinan nyeri Terapeutik: 6) Berikan teknik non farmakologis rasa nyeri 7) kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 8) Fasilitasi istirahat dan tidur 9) Edukasi 10) Jelaskan strategi Meredakan nyeri 11) Jelaskan teknik non farmakologis 12) Kolaborasi analgetik	1) mengaji tingkat nyeri klien 2) Agar mengetahui nyeri yg dialami 3) Agar mengetahui respon klien terhadap nyeri 4) Agar mengetahui bagaimana posisi yang nyaman 5) Apakah klien memiliki pengetahuan nyeri 6) untuk mengurangi nyeri yg dialami klien 7) lingkungan membuat nyaman 8) Agar klien tenang 9) Agar klien tahu apa yg harus dilakuk 10) Agar bisa dilakukan mandiri 11) Obat Meredakan nyeri	Sabtu, 13 Juni 2026 06.00 Melakukan Penghajian tentang nyeri hasil: Nyeri skala 3 pada ulu hati dan pinggang seperti ditekan Nyeri berdenyut, terikat meingis nyeri bertambah bila bergerak. belum mengeta hui cara menanganai nyeri - diberikan teknik non farmakologis Diaphragmatic breathing exercise hasil: Klien dapat melakukan dan paham. - menempatkan agar klien nyaman - mengajarkan dan menjelaskan strategi Meredakan nyeri - diberikan analgetik ketenlac	S: - Klien mengatakan nyeri berdenyut meingis skala 3 - mual menurun (4) - Napas makan mulai ada (3) O: - meingis menurun (4) - Diaphoresis menurun (4) A: go x/m (s) TD: 105/70 (s) A: masalah ketakuti Sebagian P: intervensi manajemen nyeri lanjutkan

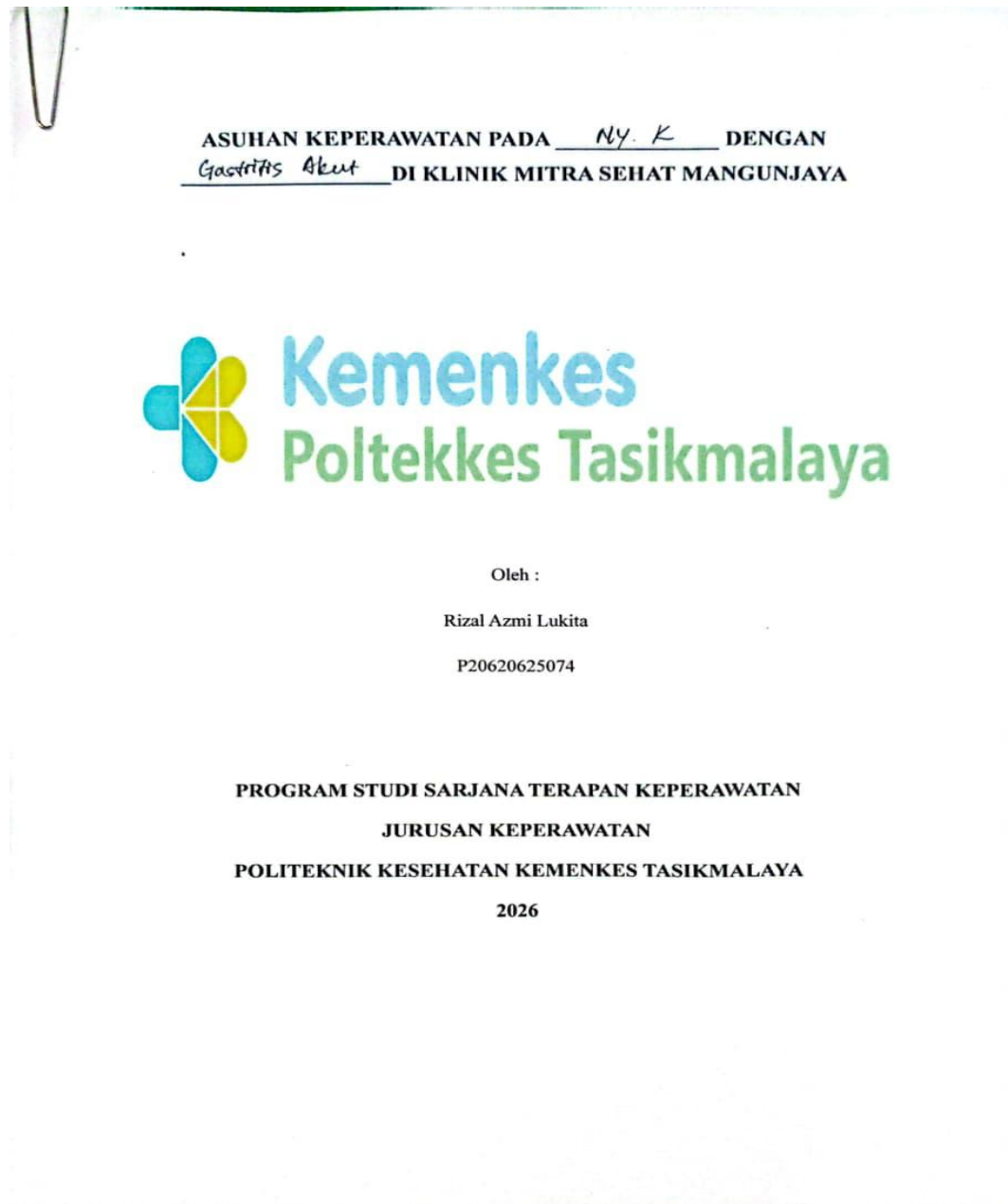
Mauca b.d. Intaksi lambung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat mauca menurun dengan kriteria hasil: 1. Perasaan ingin muntah menurun (s) 2. Diaphoresis menurun (s) 3. Puasat membaik (s) 4. Napas makan membaik (s)	Manajemen mual observasi: 1) Identifikasi Pengalaman mual 2) Identifikasi dampak 3) Identifikasi faktor penyebab 4) Monitor mual Terapeutik: 5) Berikan makanan dalam jumlah kecil 6) Edukasi 7) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 8) Anjurkan penggunaan teknik nonfarmak Kolaborasi: 9) Kolaborasi pemberian antiemetik	1) Agar mengetahui riwayat 2) Agar mengetahui apa dampak 3) Penyebab adanya mual 4) memantau mual 5) Agar tidak terjadi muntah 6) Agar klien nyaman, tenang 7) Agar mengurangi mual dan mencegah muntah 8) Agar melapisi barrier lambung	13-06-2026 06.30 - mengaji mual 07.00 - memberikan teknik diaphragmatic breathing exercise 12.00 - diberikan Succiadit sirup	S: - Klien mengatakan Perasaan ingin muntah menurun/tidak ada (s) - Napas makan membaik (4) O: Terlihat diaphoresis (4) mual terlihat Puasat (s) A: masalah ketakuti Sebagian P: intervensi dilanjutkan
Risiko Infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan badan meningkat (s) 2. Kadar sel darah Putih membaik (s) 3. Napas makan membaik (s)	Pencegahan infeksi observasi: 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal 2) Monitor tanda dan gejala infeksi 3) Cuci tangan 5 momen 4) Jelaskan tanda gejala infeksi 5) Anjurkan meningkatkan asupan	1) Mencegah terjadinya infeksi 2) pengunjung dapat terhidar dan menularkan infeksi 3) Agar klien aman, Eka aman 4) Agar klien mengetahui bila terjadi infeksi 5) Asupan nutrisi dan cairan membantu tubuh	13-06-2026 09.00 - monitor tanda gejala infeksi - asistensi Pengunjung selalu 5 momen - mengedukasi Klien tentang infeksi dan asupan	S: - Klien mengatakan tidak ada demam - Klien mengerti tanda dan gejala infeksi - Napas makan membaik (4) O: - Badan klien berketegat (4) tidak terlihat tanda gejala infeksi Leukosit 110.000 A: masalah terakuti Sebagian P: intervensi dilanjutkan

IV. Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal	Perkembangan	TTD
Minggu 19-06-2026	S: - klien mengeluh nyeri ulu hati dengan skala 6 - klien mengatakan mual sudah berkurang, nafsu makan membaik O: - klien tampak meriang - nyeri tekan pada ulu hati - tidak terlihat pucat dan diaphoresis - TD: 115/75 mmHg - RR: 18 x/menit - S: 37°C - Tidak terlihat tanda gejala infeksi A: Nyeri akut, Nausea, risiko infeksi P: - Manajemen nyeri - Manajemen mual - Pencegahan infeksi I: - Identifikasi nyeri - memberikan terapi teknik non-farmakologis DBE - Identifikasi mual - kolaborasi farmakologis E: Skala nyeri menjadi 5 - mual dan nafsu makan baik (5) - pucat dan diaphoresis membaik (5) - RR: 18 x/menit - TD: 115/75 mmHg	 Rizal

Senin 19-06-2026	S: - klien mengatakan nyeri skala 4 - mual dan nafsu makan tidak ada O: - nyeri tekan berkurang - klien tidak terlihat meriang - klien tidak terlihat pucat dan diaphoresis - TD: 110/71 mmHg RR: 18 x/menit S: 36,7°C - Tidak terlihat tanda gejala infeksi A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian - Nausea teratasi - Risiko infeksi teratasi P: - Identifikasi nyeri - Berikan teknik DBE - kolaborasi analgesik I: - mengidentifikasi nyeri - memberikan teknik DBE - diberikan ketorolac drip E: Skala nyeri menjadi 2 Masalah teratasi	 Rizal
---------------------	--	--

Lampiran 3 dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien 2



I. Pengkajian**a. Biodata****1. Identitas Pasien**

Nama : Ny. K
Umur : 56 thn
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Paledah
Status perkawinan : Kawin
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Bertani
No.Register :
Diagnosa medis : Gastritis akut
Tanggalmasuk : 12 Juni 2026
Tanggal pengkajian : 12 Juni 2026

2. Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. N
Umur : 30 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Hub. Dengan pasien : Anak
Alamat : Paledah

b. Alasan Masuk Rumah Sakit

Nyeri ulu hati, Mual sudah 3 hari

c. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Nyeri ulu hati, mual

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengeluh mual sudah 3 hari, nyeri pada ulu hati dengan skala 8, nyeri seperti ditekan dengan frekuensi $\pm$ 4x dtk. Klien mengatakan ingin muntah tetapi tidak keluar, pasien terlihat lemas dengan kesadaran Compos Mentis sambil merangsang kesakitan.

e. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien tidak memiliki riwayat terdahulu

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien memiliki riwayat hipertensi

g. DATA BIOLOGIS

1. Penampilan Umum nyeri

Terlihat merangsang ~~lepas~~, terbaring lemas pada tempat tidur kesadaran Compos Mentis

2. Activity Daily Living

Aktifitas	Di Rumah	Di RS
Nutrisi: Makan - Jenis menu - Frekuensi - Porsi - Pantangan Keluhan Minum - Jenis minuman - Frekuensi - Jumlah - Pantangan Keluhan	Nasi Putih 2-3 x/hari 1 porsi tidak ada pantangan	Bubur 3x/hari 1/4 porsi makanan asam, pedas, santan
Istirahat dan tidur a. Malam - berapa jam - Dari jam s/d - Kesukaran tidur b. Siang - berapa jam - Dari jam ... s/d - Kesukaran.	8-9 jam 21.00 - 04.00 tidak ada 1 jam 14.00 - 15.00 bekerja	8 jam 22.00 - 05.00 nyeri, mual 2 jam 10.00-11.00 13.00-14.00 nyeri, mual
Eliminasi a. BAK - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Kesulitan b. BAB - Frekuensi - konsistensi - Warna - Bau - Kesulitan	4-6 x/hari kuning jernih pusing khas tidak ada 1x/hari padat kuning khas tidak ada	4-5 x/hari kuning jernih khas tidak ada Bab - -
Personal Hygiene a. Mandi - Frekuensi - Gosok gigi - Kemandirian b. Berpakaian Kemampuan Ganti berpakaian	2x/hari 2x/hari tanpa bantuan tanpa bantuan	1x/hari 2x/hari tanpa bantuan dibantu membuka dan menutupi

Mobilitas dan aktivitas	Mampu dilakukan	Mandiri
Kemampuan mobilisasi : di tempat tidur/turun dari tempat tidur/berjalan.	Secara mandiri	Istirahat
Aktivitas yang dilakukan	Bertani	-
Kesulitan	-	-

3. Data hasil pemeriksaan fisik

Keadaan umum : terlihat lemas dan meringis, GCS Compos Mentis

Tanda-tanda vital : TD : 149/74, S : 37.6, N : 82 x/m, RR : 20 x/m
SpO₂ : 98%

BB/TB : 70 kg / 160 cm

a. Sistem Persyarafan

Status Mental : kooperatif, berorientasi baik sesuai

Tingkat kesadaran : Compos Mentis

Refleks-refleks : biceps (+), trisep (+), patela (+)

Nervus Cranial : Tidak ada kelainan pada nervus I - XII

b. Sistem Pernafasan

Inspeksi : tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada cuping hidung, simetris

Palpasi : trakea simetris, pengembangan dada simetris

Perkusi : sonor pada suara lapang paru

Auskultasi : suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan

c. Sistem Kardiovaskular

Inspeksi : tidak ada stansis, tidak ada distensi vena jugularis

Auskultasi : Tidak ada suara mur-mur

Palpasi : CRT < 2 detik,

d. Sistem Pencernaan

Inspeksi : Abdomen datar,

Palpasi : nyeri tekan pada ulu hati atau epigastrium

Perkusi : Suara tympani pada seluruh kuadran

Auskultasi : bising usus terdengar 1-12 x/m

e. Sistem Integumen

Inspeksi: Tidak terdapat luka pada tubuh pasien

Palpasi: abral terasa hangat, turgor kulit < 3 detik

f. Sistem Musculoskeletal

Inspeksi: Tidak ada kelemahan otot ekstremitas

Palpasi: tidak ada tanda fraktur

Perkusi: -

Movement: kekuatan otot $\frac{5}{5}$

g. Sistem Genitourinaria

Inspeksi: Bak normal, tidak terpasang de/pampers

Palpasi: kandung kemih kosong

Perkusi: -

4. DATA PSIKOSOSIAL SPIRITUAL

non verbal: tatapan fokus, wajah meringis

Verbal: dapat menjawab pertanyaan dengan serua dan lemas

Status Emosi: emosi stabil

Konsep diri: belum berpikir positif pada kesembuhannya

Interaksi sosial: kooperatif, berinteraksi dengan keluarga dan perawat

Pola koping: adaptif, menerima kondisi kesehatannya

Pengetahuan: -

Spiritual: pasien beragama Islam, menaati nilai dan norma agama

Terapi:

- inj Ranitidine : 2 x 1 (w)

- Ranadinac : 2 x 1 (oral)

- Biogastron : 3 x 1 (oral)

- cipro : 2 x 1 (oral)

- Insul Kk : 20 tpm

- inj ketorolac : 1 x 1 (drip)

- inj. ordan : extra (w)

Data Diagnostik

NO	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
	Hemoglobin	9,8 d/u	11 - 16
	Leukosit	2.800 s/u	4.000 - 10.000
	trombosit	160.000 s/u	150.000 - 450.000
	Hematokrit	29 s/u	35 - 47

II. Analisa Data

DATA	KEMUNGKINAN ETIOLOGI	MASALAH
DS: klien mengeluh nyeri pada ulu hati dengan skala 8, nyeri seperti ditekan dengan frekuensi ± 40 detik DO: - klien tampak lemas - klien tampak meringis - TD: 148/74 mmHg - N: 82 x/m	Gastritis ↓ inflamasi lambung ↓ Pelepasan mediator inflamasi ↓ Stimulasi noseptor nyeri ↓ Input dihantarkan ke sistem saraf pusat ↓ Persepsi nyeri ↓ Nyeri akut	Nyeri akut (P.0077)
DS: - klien mengeluh mual - klien ingin muntah tetapi susah keluar - klien tidak nafsu makan DO: - klien tampak pucat dan berbingat	Faktor risiko ↓ Merusakkan barrier lambung ↓ menyebabkan difusi kembali asam lambung dan pepsin ↓ erosi mukosa lambung ↓ merusunkan tonus dan Peristaltik lambung ↓ Reflux isi duodenum ke lambung ↓ mual	Mual (P.0076)

Ds : - Do : leukosit : 2.800 - Terpasang infus - leukosit rendah	Gastritis ↓ Infamasi lambung ↓ memudahkan patogen masuk ke dalam tubuh ↓ nilai leukosit rendah ↓ Risiko Infeksi	Risiko Infeksi
--	--	-----------------------

III. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

- ① Nyeri akut b.d Agen Pencedera Biologis d.d. mengeluh nyeri, terlihat meringis, TD.meningkat
- ② Nausea b.d iritasi lambung d.d mengeluh mual dengan rasa ingin muntah, terbaring lemas, pucat dan berkeringat.
- ③ Risiko Infeksi d.d. efek prosedur invasif Pemasangan IV kateter, Penurunan leukosit dan Hemoglobin.

III. Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi & Evaluasi

DX Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) keluhan nyeri menurun (s) 2) tingkat nyeri menurun (s) 3) Diaphoresis menurun (s) 4) mual menurun (s) 5) nafsu makan membaik (s) 6) frekuensi nadi membaik < 100 x 7) tekanan darah membaik menjadi < 120	Manajemen nyeri: Observasi: 1) Ident. lokasi, karakter, durasi, frekuensi, intensitas 2) Ident. Causal nyeri 3) Ident. respon nyeri 4) Ident. faktor nyeri 5) Ident. Pengetahuan nyeri Terapeutik: 6) Berikan teknik nonfarmakologis nyeri 7) kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri 8) Edukasi tentang keluhan dan tindakan 9) Jelaskan strategi meredakan nyeri 10) Ajarkan teknik nonfarmakologis kolaborasi: 11) kolaborasi analgetik	1) Mengkaji tingkat nyeri klien 2) Agar mengetahui nyeri yg dialami klien 3) Agar mengetahui respon klien 4) Agar mengetahui posisi yg nyaman 5) Pengetahuan nyeri klien 6) Menurangi nyeri yg dialami klien 7) lingkungan membuat nyaman 8) Agar klien terangsang rileks 9) Agar klien mengetahui apa yg dilakukan 10) Agar dilakukan mandiri 11) Obat pereda nyeri	Jumat, 12 Juni 2026 08.00 - melakukan identifikasi nyeri 08.10 - memberikan terapi teknik Diaphragmatic Breathing Exercise - memposisikan klien agar nyaman - mengajarkan terapi teknik DBG pada klien dan keluarga - mengajarkan strategi meredakan nyeri 10.00 - kolaborasi pemberian ketorolac 60mg	S: klien mengatakan nyeri berakut menjadi skala 7 - mual menurun (4) - Nafsu makan cukup (5) O: tingkat nyeri menurun (4) Diaphoresis menurun (4) TD: 120/80 mmHg A: masalah belum teratasi P: intervensi manajemen nyeri dilanjutkan

Nausea	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil: 1) perasaan ingin muntah menurun (s) 2) Diaphoresis menurun (s) 3) Pucat membaik (s) 4) Nafsu makan membaik (s)	Manajemen Mual Observasi: 1) Ident. pengalaman mual 2) Ident. dampak mual 3) Ident. faktor penyebab 4) Monitor mual Terapeutik: 5) Berikan makanan dalam jumlah kecil 6) Anjurkan istirahat 7) Anjurkan menggunakan teknik nonfarmakologis kolaborasi: 8) kolaborasi pemberian antiemetik	1) riwayat mual 2) tingkat keparahan 3) penyebab mual 4) Agar terpantau mual 5) Agar tidak terjadi muntah 6) Agar klien rileks 7) Agar mengurangi mual dan mencegah muntah 8) memblokir sinyal mual	Jumat, 12-06-2026 08.00 - melakukan pengkajian mual 08.10 - memberikan teknik Diaphragmatic Breathing Exercise 10.00 - kolaborasi injeksi ondansetron	S: klien mengatakan mual menurun (4) ingin muntah membaik (4) - Nafsu makan mulai mau (4) O: Diaphoresis menurun (4) Pucat membaik (4) A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan
Risiko Infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. leukosit 4000 - 10.000 (s) 2. Nafsu makan membaik (s)	Pencegahan Infeksi Observasi: 1) monitor tanda dan gejala infeksi 2) terapi: 3) Batasi jumlah pengunjung 4) cuci tangan & membatasi 5) Jelaskan tanda gejala infeksi 6) anjurkan meningkatkan asupan	1) mencegah terjadinya infeksi 2) Pengunjung dapat tertular atau menularkan infeksi 3) Agar Elin aman, Perawat aman 4) Agar Elin dapat mendeteksi infeksi 5) membantu tubuh mencegah infeksi	12-06-2026 09.00 - monitor tanda gejala infeksi - membatasi jumlah pengunjung - menerapkan 5 momen cuci tangan - mengedukasi klien tentang infeksi dan nutrisi	S: klien mengatakan paham dan mengerti tanda gejala infeksi - Nafsu makan mulai mau (4) O: tidak terdapat tanda dan gejala infeksi leukosit < 2.500 A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi

IV. Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal	Perkembangan	TTD
Sabtu 13.06.2026	S: - Klien mengeluh nyeri dengan skala 6 - Klien mengatakan Mual sudah berkurang, nafsu makan membaik O: - Klien masih tampak meringis - Klien tampak lemas - Pucat dan berdekapat berkurang - Tidak terlihat tanda dan gejala infeksi - TD: 125/75 mmHg N: 82 x/m A: masalah nyeri akut teratasi sebagian Nausea teratasi sebagian risiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi manajemen nyeri, manajemen mual, Pencegahan infeksi I: Mengidentifikasi nyeri, Memberikan terapi teknik DBE mengidentifikasi mual, kolaborasi terapi farmakologis E: skala nyeri 4 mual tidak ada (+) nafsu makan baik (+) Pucat dan diaphoresis baik (+) N: 84 x/m TD: 122/70 mmHg	 Rizal

Minggu 14.06.2026	S: - Klien mengeluh nyeri berkurang dengan skala 3 - Klien mengatakan mual tidak ada, nafsu makan baik S: Klien tampak segar Klien tidak tampak meringis, Pucat dan diaphoresis Tidak terlihat tanda dan gejala infeksi TD: 118/78 mmHg N: 83 x/m A: masalah nyeri akut teratasi sebagian Nausea teratasi Risiko infeksi teratasi P: Identifikasi nyeri, Berikan terapi non farmakologis I: Memberikan terapi non farmakologis DBE mengidentifikasi nyeri E: Skala nyeri 2 masalah teratasi	 Rizal
----------------------	---	--

Lampiran 4 Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN KIA

Nama : Rizal Azmi Wleita
 NIM : P206205205074
 Judul KIA : Penerapan Diaphragmatic breathing exercise terhadap nyeri akut pada Pasien Gastritis di klinik

Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan	Tanda Tangan Pembimbing
12/Maret 2026	Judul KIA	Cari jurnal tentang intervensinya	
1/Juni 2026	Pengajuan judul KIA	→ siapkan ebn dan laporan kasus	
16/Juni 2026	Konsultasi kasus judul dan bab 1	→ Tidak ada pembaruan dan tidak ada Gaf masalah → silahkan cari judul lain dan penelitian ulang	
11/Juni 2026	Konsultasi judul dan Ebn	→ Ace silahkan lakukan pada pasien dan lanjutkan penulisan	

Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan	Tanda Tangan Pembimbing
18/Juni 2026	Bab 1 dan bab 2	→ Perbanyak data dan tbn	
19/Juni 2026	bab 3, 4 dan 5	→ Revisi pada Penulisan sesuaikan dengan Panduan Penulisan	
20/Juni 2026	konsultasi revisi	→ Pada spasi tabel dan daftar isi Sesuaikan pada Panduan K/AN	
21/Juni 2026	konsultasi revisi dan pengajuan sidang	→ Ace sidang K/AN	

Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan	Tanda Tangan Pembimbing
SIDANG KIAN			
Pelaksanaan Sidang KIAN		Hari : Senin Tanggal : 22 Juni 2026 Jam : 15.00	
Tanda Tangan Persetujuan	Pembimbing 		

Lampiran 5 riwayat hidup penulis

BIODATA



A. Identitas Peneliti

Nama : Rizal Azmi Lukita
 NIM : P20620521077
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Tempat/Tanggal Lahir : Tasikmalaya, 14 September 2002
 Agama : Islam
 Status Pernikahan : Belum Menikah
 Alamat : Kp. Cantigi rt 02 rw 07 Desa Cisayong Kec.
 Cisayong Kab. Tasikmalaya Prov. Jawa Barat
 No. Handphone : 085700360414
 Alamat Email : rizalazmiloeita@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. 2009-2015 SDN 4 Cisayong
2. 2015-2017 SMP Terpadu Pondok Pesantren Darussalam Rajapolah
3. 2017-2018 SMP Terpadu Yapida Cisayong
4. 2018 -2021 SMA Negeri 6 Tasikmalaya
5. 2021- 2025 Mahasiswa Sarjana Terapan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
6. 2025 – 2026 Mahasiswa Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

C. Pengalaman Organisasi

1. Wakil ketua IREMA (ikatan remaja masjid) SMAN 6 Tasikmalaya
2. Anggota dan koordinator bidang kerohanian HIMA keperawatan
3. Sekertaris Karang Taruna Gupitan Cantigi
4. Ketua UKM voli poltekkes kemenkes Tasikmalaya

D. Prestasi dan Penghargaan

1. Juara 1 lomba voli putra se-kecamatan Cisayong tahun 2020 dan 2024
2. Juara 3 open voli putra di Katanajaya
3. Juara 3 voli putra Hari Kesehatan Nasional se-kota Tasikmalaya

D. Minat dan Hobi

1. Volly
2. Mancing