

BAB III

LAPORAN KASUS

3.1 Hasil

3.1.1 Kondisi lokasi laporan kasus

Laporan kasus ini dilakukan di wilayah kerja Ruangan Lily RSUP Dr. Ben Mboi Kupang terletak di Jl. Viqum Kel. Manulai II Kecamatan. Alak - Kota Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur. Berdiri pada Tahun 2023. Dengan luas wilayah ±14 hektar dan luas bangunan 35.000 m². RSUP dr. Ben Mboi Kupang secara resmi sudah memberikan pelayanan untuk masyarakat umum serta bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Juni 2023. Rumah sakit ini mempunyai berbagai layanan spesialis, antara lain Bedah, Penyakit Dalam, Anak, Kebidanan dan Kandungan, Anestesi, Radiologi, Paru, Patologi Anatomi, Patologi Klinik, Telinga Hidung Tenggorok (THT), Mata, Gigi Prostodontia, Urologi, Bedah Vaskular, Bedah Saraf (Neurologi Intervensi), Radiologi Onkologi, dan Kardiologi. Fasilitas alat kesehatan yang tersedia di RSUP dr. Ben Mboi meliputi Digital X-ray, Mobile X-ray, Dental X-ray, Mammografi, Fluoroskopi, CT Scan 128 Slice, MRI 1,5 Tesla, Ultrasonografi, Ekokardiografi, ESWL, Endoskopi, Laparoskopi, Bronskoskopi, Endo Urologi, Laser Urologi, Hemodialisis, Cath Lab Hybrid, serta berbagai peralatan laboratorium penunjang lainnya. Dengan fasilitas dan layanan tersebut, RSUP Dr. Ben Mboi Kupang berperan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif, khususnya dalam penanganan kasus-kasus rujukan di wilayah Provinsi Nusa Tenggara Timur.

3.1.2 Karakteristik subyek laporan kasus

Subjek yang menjadi fokus dalam laporan kasus ini merupakan seorang pasien wanita paruh baya dengan inisial Ny. R.R, yang menjalani perawatan intensif di Ruang Lily RSUP dr. Ben Mboi Kupang dengan diagnosis medis berupa *Syndrome Dispepsia*. Pasien resmi masuk ke rumah sakit dan mulai

mendapatkan penanganan medis pada pertengahan Januari 2026 dengan keluhan utama yang cukup mengganggu berupa nyeri hebat dan sensasi tidak nyaman pada perut bagian atas. Menurut riwayat kesehatan yang digali, gejala ini muncul secara progresif yang ditandai dengan rasa nyeri yang terasa seperti ditusuk-tusuk di area epigastrium (ulu hati) serta adanya keluhan mual yang menetap.

Kondisi klinis Ny. R.R menunjukkan karakteristik khas dari gangguan pencernaan, di mana pasien melaporkan adanya "nyeri saat makan makan" yakni sensasi sakit yang justru semakin meningkat atau memberat sesaat setelah lambung terisi makanan. Pada saat dilakukan pengkajian keperawatan yang mendalam pada tanggal 13 Januari 2026, diperoleh data subjektif yang signifikan bahwa pasien merasakan nyeri dengan durasi serangan sekitar 5 hingga 10 menit yang mengakibatkan pasien mengalami gangguan pola tidur yang cukup berat.

Secara objektif, hasil pemeriksaan fisik menunjukkan kondisi umum pasien yang tampak lemah dan terus meringis kesakitan dengan skala nyeri berada pada angka 5 dari 10. Selain itu, perawat menemukan adanya distensi pada area abdomen yang mengindikasikan terjadinya penumpukan gas atau keterlambatan proses pengosongan lambung. Data tanda-tanda vital juga memperkuat adanya respon stres tubuh, yang ditunjukkan dengan tekanan darah 97/68 mmHg, peningkatan denyut nadi mencapai 110 x/menit (takikardia), serta frekuensi pernapasan 24 x/menit (takipnea). Keseluruhan data pengkajian ini mengonfirmasi bahwa subjek mengalami masalah keperawatan prioritas berupa Nyeri Akut dan Nausea yang memerlukan pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman secara komprehensif.

3.1.3 Hasil Laporan Kasus

A. Pengkajian Keperawatan

Proses asuhan keperawatan pada kasus kelolaan ini dilaksanakan secara sistematis mulai dari tahap pengkajian keperawatan hingga evaluasi keperawatan. Data diperoleh melalui hasil observasi langsung serta wawancara dengan pasien.

Pada pengkajian keperawatan yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2025, diperoleh data biodata pasien yaitu Ny. R.R, seorang perempuan berusia 59 tahun, beragama Kristen Protestan, dengan tingkat pendidikan SD (Sekolah Dasar) dan bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga. Pasien berdomisili di Sabu. Penanggung jawab pasien adalah Ny. A perempuan berusia 26 tahun, beragama Kristen Protestan, dengan pendidikan terakhir SD dan bekerja sebagai ibu rumah tangga, serta tinggal di Batuplat. Pasien dirawat di rumah sakit pada tanggal 12 januari 2026 dengan alasan masuk rumah sakit (MRS) karena mengeluhkan nyeri pada perut bagian atas. Adapun data pengkajian yang lebih rinci dilampirkan pada bagian berikut.

1) Biodata

Adapun data pengkajian yang lebih rinci dilampirkan pada bagian berikut.

1) Biodata

Pasien		Penanggung Jawab
Nama	: Ny. R.R	Ny. A
Umur	: 59 Tahun	26 Tahun
Agama	: Kristen Protestan	Kristen Protestan
Pendidikan	: Sekolah Dasar	SD
Pekerjaan	: IRT	IRT
Alamat	: Sabu	Batuplat

Tanggal Pengkajian : 13 Januari 2025

Tanggal MRS : 12 Januari 2025

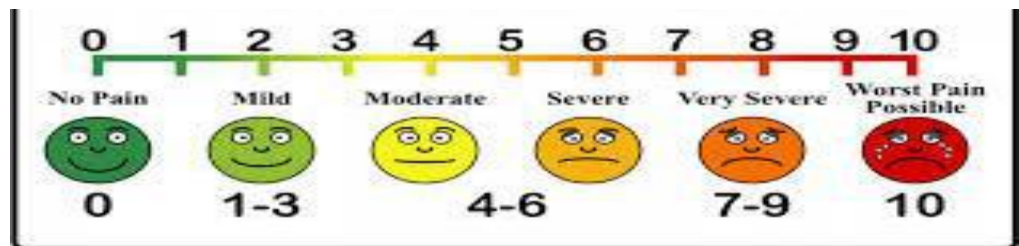
- 2) Alasan Dirawat
 - a. Alasan MRS: Pasien mengatakan datang ke RS dengan mengeluh sakit pada perut bagian atas
 - b. Keluhan saat dikaji: Selama pengkajian, pasien mengeluhkan nyeri pada perut bagian atas dengan skala nyeri 5/10, pasien mengeluh merasa tidak nyaman karena perut terasa kembung, mual mual, sulit tidur
- 3) Riwayat masuk rumah sakit
 - a. Keluhan utama: pasien mengeluh nyeri pada perut bagian atas dengan skal nyeri 5/10.
 - b. Riwayat penyakit terdahulu: Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit syndrome dispepsia dahulu.
- 4) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien menyatakan tidak memiliki riwayat keluarga dengan sindrom dispepsia. Tidak ada anggota keluarga yang pernah menderita sindrom dispepsia.
- 5) Pola Kebutuhan Sehari-hari
 - a. Bernapas: Pasien mengatakan kesulitan bernapas (RR: 24x/Menit)
 - b. Nutrisi (makan/minum): pasien mengatakan makan teratur 3x sehari dan minum 6-7 gelas sehari.
 - c. Eliminasi: pasien mengatakan BAB secara normal, dengan frekuensi 1-2 kali sehari, konsistensi padat, tidak ada keluhan konstipasi maupun diare. Pasien juga BAK dengan lancar, frekunesi 4-6 kali sehari, warna urin kuning jernih, tidak ada keluhan nyeri saat BAK.
 - d. Gerak badan: pasien mengatakan mampu bergerak sepenuhnya.
 - e. Istirahat dan tidur: pasien mengatakan sedikit kesulitan tidur karena nyeri yang dirasakan. Pasien tidur dengan posisi miring untuk mengurangi nyeri.
 - f. Berpakaian: pasien mengatakan mampu berpakaian sendiri.

- g. Rasa Nyaman: pasien mengatakan kurang nyaman dengan nyeri yang dirasakan dengan skala nyeri 5/10. pasien merasa tidak nyaman dengan kondisi perut bagian atas.
 - h. Kebersihan diri: pasien mengatakan mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.
 - i. Rasa aman: pasien mengatakan merasa aman karena ditemani oleh anaknya.
 - j. Pola komunikasi/hubungan dengan orang lain: pasien mengatakan pola komunikasi dengan orang lain (misalnya dengan keluarga atau perawat) saat ini baik.
 - k. Ibadah: pasien mengatakan berdoa setiap hari.
 - l. Produktivitas: pasien mengatakan belum bisa beraktivitas sepenuhnya.
 - m. Rekreasi: pasien mengatakan belum bisa berekreasi
- 6) Pemeriksaan fisik
- a. Keadaan umum: GCS E4 V5 M6 (15) dengan tingkat kesadaran compos mentis, tanda-tanda vital TD: 97/68 mmHg, N: 110x/mnt, S: 36,3 ° C, RR: 24x/mnt, SPO2: 96%.
 - b. Kepala: bentuk kepala normal, tidak ada edema, tidak ada lesi, kulit kepala dan rambut terlihat bersih.
 - c. Mata: konjungtiva tampak merah muda, sklera putih, tidak terdapat ikterus, refleks pupil normal, penglihatan pasien baik.
 - d. Hidung: hidung terlihat bersih, tidak ada sekret, pernapasan melalui hidung normal.
 - e. Mulut dan tenggorokan: bibir tampak lembab, mukosa mulut tidak kering, tidak ada lesi atau sariawan. Tidak terdapat keluhan kesulitan menelan.
 - f. Telinga: telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada sekret maupun luka. Pasien dapat mendengar dengan baik, tidak ada keluhan nyeri telinga.

- g. Leher: leher tampak simetris, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada distensi vena jugularis. Gerakan leher bebas, tidak ada nyeri saat digerakkan.
- h. Dada/thoraks: gerakan dada simetris, suara napas vesikuler, tidak ada wheezing atau ronchi.
- i. Payudara: tidak terdapat luka atau edema, tidak ada perdarahan aktif,
- j. Abdomen tampak menonjol dan tidak simetris Terdapat distensi. Bising usus terdengar normal. Terdapat nyeri tekan. Pasien mengeluh mual-mual.
- k. Ekstremitas atas: ekstremitas atas kanan dan kiri dapat digerakkan. Kekuatan baik. Namun pada sisi area operasi pasien membatasi pergerakan lengan karena nyeri. Tidak terdapat edema atau sianosis.
- l. Ekstremitas bawah: ekstremitas bawah tampak simetris, kekuatan baik. Pasien dapat menggerakkan kaki dengan bebas. Tidak terdapat edema
- m. Sistem Persyarafan
 - a. Keluhan : nyeri luka di perut bagian atas / ulu hati
 - b. Keluhan Subyektif (Nyeri)

Gambar 1 Skala Nyeri



P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri) :pasien mengatakan nyeri bertambah saat makan. Nyeri berkurang ketika sedang tidur

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan serta deskripsi sifat nyeri yang dirasakan: nyeri di rasakan kaya ditusuk-tusuk dan hilang timbul

R = region/tempat (lokasi sumber & penyebarannya) di perut bagian atas

S = severity/tingkat berat nyeri (skala nyeri 1-10): Skala nyeri 5/10

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya) nyeri dirasakan sekitar 5-10 menit

7) Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Table 2 Hasil pemeriksaan laboratorim

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	satuan
MCHC	30.6	30.8-35.2	g/dL
Trombosit	324	150-400	$10^3/uL$
RDW	59.8	34.7-44.7	fL
RDW CV	21.1	11.6-16.6	%
PDW	10.5	9.0-12.0	fL
MPV	8.8	9.9-12.8	fL
NEUT#	2.40	1.36-9.5	$10^3/uL$
LYMPH#	0.77	1.16-5.74	$10^3/uL$
MONO#	0.83	0.17-0.99	$10^3/uL$
EOS#	0.01	0.69-0.54	$10^3/uL$
BASO#	0.06	0.00-0.10	$10^3/uL$
NLR	3.1	1.3-9.0	
NEUT%	59.0	46.0-73.0	%
LYMPH%	18.9	19.4-44.0	%
MONO%	20.4	2.3-9.1	%
EOS%	0.2	0.7-7.0	%
BASO%	1.5	0.0-1.5	%

HEMATOLOGI

Hematologi rutin

Darah rutin (5 diff)

WBC	4.07	4.79-11.34	10 ⁶ /uL
RBC	6.08	4.11-5.55	10 ⁶ /uL
Hemoglobin	15.30	10.85-14.90	g/dL
HCT	50.0	34.0-45.1	%
MCV	82.2	80.0-100.0	fL
MCH	25.2	22.6-31.0	pg

- 8) Diagnosis medis
 Syndrome Dyspepsia
- 9) Pengobatan

Table 3 Daftar Obat

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi
Nacl 0,9%	20 tpm	Penggantian cairan dan elektrolit pada dehidrasi, hipovolemia, atau perdarahan, Perbaikan alkalosis etabolik ringan yang dengan kehilangan cairan, Koreksi defisiensi natrium/chlorida ringan, Digunakan sebagai vehicle (pelarut) untuk pemberian obat	Gangguan retensi sodium atau cairan (contoh: gagal jantung kongestif, sirosis hati, ginjal kronis) karena risiko overload cairan, edema, atau hiponatremia, Risiko metabolik akidosis hiperkloremik pada infus volume besar. Pemantauan ketat diperlukan pada pasien dengan risiko

		intravena, Menjadi cairan priming pada prosedur seperti hemodialisis atau transfusi darah (Lakhkar., 2020).	gangguan elektrolit atau gagal ginjal. (Emy & Dkk, 2025).
Vit D3	1x1000mg	Untuk mencegah rendahnya kandungan kalsium dan fosfor dalam tubuh(Afif et al., 2022)	Orang yang menderita hiperkalsemia (kadar kalsium di atas normal)(Afif et al., 2022)
Paracetamol	3x500 mg	Analgesia nyeri ringan sampai sedang, Antipiretik (menurunkan demam). (Gazali et al., 2023).	Penyakit hati berat atau konsumsi alkohol berat, Hipersensitivitas obat. (Gazali et al., 2023).
NAC	3x400 mg	batuk berdahak kental, penyakit paru (bronkitis, emfisema, PPOK), dan keracunan parasetamol.	alergi obat ini, asma akut, anak di bawah 2 tahun, dan pasien dengan riwayat tukak lambung.

Tramadol	3x 50 mg	<p>digunakan untuk manajemen nyeri sedang hingga berat pada dewasa, Digunakan bila nyeri tidak memadai ditangani oleh analgesik non-opioid lain (Maani., 2024).</p>	<p>Riwayat hipersensitivitas terhadap tramadol atau komponen formulasi, Pasien yang sedang dalam intoksikasi akut dengan alkohol, depresan CNS, opioid, atau obat psikotropika.</p> <p>Penggunaan inhibitor MAO dalam 14 hari terakhir. Pasien dengan epilepsi yang tidak terkontrol atau kejang aktif. Gangguan fungsi hati atau ginjal berat (karena akumulasi metabolit aktif).</p>
----------	----------	---	--

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan doagnosis keperawatan pada Ny. R.R menggunakan komponen *problem* (P), *etiologi* (E), *sign and symptom* (S). Pada bagian problem ditemukan masalah

Table 4 Analisis Data

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1.	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh nyeri di perut bagian atas • Pasien mangatakan sulit tidur karena nyeri • Skala nyeri :5 P: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika makan Q: nyeri kayak ditusuk tusuk R: perut bagian atas S: skala 5 T: Hilang timbul dan durasinya 5-10 menit DO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kelihatan meringis 2. Tampak susah tidur 3. Ttv 	Agen pencendera biologis (penekanan intra abdomen)	Nyeri Akut (D.0077)

TD: 97/68 mmHg

N:110 x/mnt

S: 36,3x/mnt

RR:24x/mnt

SPO2: 96%

<p>2. DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh mual mual • Pasien mengeluh sulit tidur <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak distensi pada area perut 2. Tampak susah tidur <ul style="list-style-type: none"> • Ttv <p>TD: 112/68 mmHg</p> <p>N:83 x/menit</p> <p>S: 36,5x/menit</p> <p>RR:20x/menit</p> <p>SPO2: 98%</p>	<p>Iritasi</p> <p>lambung,distensi</p> <p>lambung</p>	<p>Nausea (D.0076)</p>
---	---	------------------------

Berdasarkan data tersebut, diagnosis keperawatan pada Ny. R.R dapat dirumuskan yaitu;

1. Nyeri akut b.d penekanan intra abdomen d.d pasien mengeluh nyeri pada perut bagian atas , pasien tampak meringis, Pasien tampak susah tidur (D.0077).
2. Nausea b.d iritasi lambung d.d mengeluh mual, kesulitan tidur, tampak distensi pada area perut (D.0076)

C. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan untuk mengatasi nyeri akut dan risiko infeksi pasien Ny. R.R disusun berdasarkan tabel sebagai berikut:

Table 5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Hasil yang diharapkan (SLKI)	Rencana tindakan (SIKI)
1.	Nyeri akut b.d agen pencendera fisik (prosedur operasi) d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, skala nyeri 5 (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri menurun (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteri hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi napas dalam) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan strategi meredakan nyeri

				<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
				<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik

2.	Nausea b.d iritasi lambung, distensi lambung (D.0076)	Tingkat Nausea (L.08065)	Manajemen Mual (I.03117)	Observasi
		Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka di harapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil:		<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor penyebab mual • Identifikasi penyebab mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan)
		1. Keluhan mual menurun		Terapeutik
		2. Perasaan ingin muntah menurun		<ul style="list-style-type: none"> • Berikan makan dalam jumlah kecil tapi sering
		3. Nafsu makan meningkat		Edukasi
		4. Sensasi panas menurun		<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan pasien untuk istirahat

D. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan untuk mengatasi nyeri akut dan mual pada pasien Ny.R.R disusun berdasarkan tabel sebagai berikut:

Table 6 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa	Hari/tg	Jam	Implementasi	Ttd
1.	Nyeri akut berhubungan dengan penekanan intra abdomen dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada perut bagian atas ,pasien tampak meringis, ,Tampak distensi pada area perut Pasien tampak susah tidur (D.0077).	Selasa, 13 januari 2026	14.30 14.35 14.40 14.45	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Hasil: lokasi nyeri di perut bagian atas , nyeri hilang timbul, durasi nyeri 5-10 menit, nyeri seperti tertusuk-tusuk • Identifikasi skala nyeri Hasil: skala nyeri 5. • Identifikasi respon nyeri non verbal Hasil: pasien tampak meringis • Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: pasien mengatakan nyeri bertambah saat makan • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi napas dalam) 	

				<p>Hasil: pasien tampak melakukan teknik relaksasi napas dalam yang berikan</p>
		14.50		<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan strategi meredakan nyeri <p>Hasil: pasien diajarkan strategi meredakan nyeri dengan terapi musik atau menonton video dan pasien tampak mendengar dengan baik</p>
		14.55.		<ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri <p>Hasil: ketika nyeri muncul pasien mendengar musik atau menonton video yang disukai untuk mengurangi nyeri</p>
		15.35		<ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Hasil: pasien diajarkan teknik relaksasi napas dalam, menonton video yang disukai, mendengar musik, atau membaca buku untuk mengurangi rasa nyeri</p>
2.	Nyeri akut berhubungan penekanan	Rabu, 14	14.30	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,

<p>intra abdomen januari dibuktikan 2026 dengan pasien mengeluh</p>	14.35	<p>Hasil: lokasi nyeri di perut bagian atas , nyeri hilang timbul, durasi nyeri 5 menit, nyeri seperti tertusuk-tusuk</p>
<p>nyeri pada perut bagian atas ,pasien tampak meringis,</p>	14.40	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi skala nyeri Hasil: skala nyeri 3. • Identifikasi respon nyeri non verbal Hasi: pasien tampak meringis • Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan nyeri berkurang ketika melakukan terapi relaksasi napas dalam
<p>,Tampak distensi pada area perut Pasien tampak susah tidur (D.0077).</p>	15.00	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi napas dalam) Hasil: pasien tampak melakukan teknik relaksasi napas dalam yang berikan.

3.	Nausea berhubungan iritasi lambung, distensi lambung (D.0076).	Kamis, 15 januari 2026	21.00	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab mual Hasil: makanan berbau tidak sedap • Identifikasi penyebab mual terhadap kualitas hidup Hasil: nafsu makan menurun • Memberikan makan dalam jumlah kecil tapi sering Hasil: pasien kooperatif • Menganjurkan pasien istirahat dan tidur
			21.05	
4.	Nyeri akut berhubungan penekanan intra abdomen dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada perut bagian atas ,pasien tampak meringis, ,Tampak distensi pada area perut	Kamis, 15 januari 2025	22.00	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Hasil: lokasi nyeri di perut bagian atas , nyeri hilang timbul, durasi nyeri 5 menit, nyeri seperti tertusuk-tusuk • Identifikasi skala nyeri Hasil: skala nyeri 2. • Identifikasi respon nyeri non verbal Hasi: pasien tampak meringis • Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
			22.15	
			22.20	

Pasien tampak susah tidur (D.0077).

22.30

- Hasil: nyeri berkurang ketika melakukan teknik relaksasi napas dalam
- Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi napas dalam)
- Hasil: pasien tampak melakukan teknik relaksasi napas dalam yang berikan.

1

E. Evaluasi keperawatan

Berdasarkan implementasi keperawatan yang dilakukan selama 3x24 jam, didapatkan evaluasi sebagai berikut:

Table 7 Evaluasi keperawatan

No.	Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	jam	Evaluasi keperawatan	Ttd
1.	Selasa, 13 januari 2026	Nyeri akut b.d agen pencedera biologis (penekanan intraabdomen)(D.0077)	11.30	S: Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian atas , skala nyeri 5 O: Pasien tampak meringis TTV TD: 97/68 mmHg HR : 110x/mnt S: 36,3 °C RR : 24x/mnt	

				<p>Spo2 : 96%</p> <p>NRM : 12 lpm</p> <p>GCS : 15</p> <p>EWS : 7</p> <p>A: Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	
2.	Rabu, 14 januari 2026	Nyeri akut b.d (D.0077)	10.00	<p>S: Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang pada perut bagian atas , skala nyeri 4</p> <p>O: Pasien tampak meringis</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 98/72 mmHg</p> <p>HR : 107x/mnt</p> <p>S: 35,6 °C</p> <p>RR : 22x/mnt</p> <p>Spo2 : 99%</p> <p>NRM : 3 Lpm</p> <p>GCS : 15</p> <p>EWS : 7</p> <p>A: Nyeri akut belum teratasi</p>	

				P: intervensi dilanjutkan	
3.	Kamis, 15 januari 2026	Nausea berhubungan dengan iritasi lambung , distensi lambung (D.0076).	11.00	S: Pasien mengeluh mual mual berkurang O: Ttv TD: 95/63 mmHg HR : 97x/mnt S: 36,5 °C RR:20x/mnt Spo2 : 95% GCS : 15 EWS : 4 A: Nausea teratasi sebagian P: pasien dipulangkan	
4.	Kamis, 15 januari 2025	Nyeri akut b.d (D.0077)	11.10	S: Pasien mengatakan nyeri di perut bagian atas sudah mulai berkurang O: TTV: TD: 95/63 mmHg HR : 97x/mnt S: 36,5 °C RR:20x/mnt Spo2 : 95%	

				GCS : 15 EWS : 4 A: Nyeri akut teratasi sebagian P: pasien dipulangkan	
--	--	--	--	---	--

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian keperawatan

Menurut Rohmah & Walid (2019), pengkajian merupakan proses yang dilakukan oleh perawat guna memahami kondisi pasien yang adalah tahap awal pengambilan keputusan klinis keperawatan. Proses pengkajian harus dilaksanakan secara teliti dan cermat agar seluruh kebutuhan keperawatan pasien dapat diidentifikasi secara komprehensif.

Pengkajian keperawatan pada Ny. R.R dilakukan secara komprehensif sebagai tahap awal proses asuhan keperawatan untuk mengidentifikasi masalah aktual dan potensial yang dialami pasien. Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 13 Januari 2026 di RSUP dr. Ben Mboi Kupang Ruangan Lily, dengan metode observasi langsung dan wawancara kepada pasien serta keluarga sebagai sumber data primer. Pendekatan ini memungkinkan perawat memperoleh gambaran menyeluruh mengenai kondisi *bio-psiko-sosial-spiritual* pasien dalam pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman.

Berdasarkan biodata, pasien merupakan seorang perempuan (Ny. R.R) yang menjalani perawatan di Ruangan Lily. Kondisi dispepsia yang dialami pasien sering kali mengganggu pemenuhan kebutuhan dasar rasa aman dan nyaman akibat munculnya rasa nyeri di area epigastrium serta sensasi mual. Penanggung jawab pasien atau keluarga berperan penting dalam dukungan

perawatan selama pasien dirawat, terutama dalam membantu pasien mengatasi ketidaknyamanan fisik yang dirasakan.

Alasan MRS menunjukkan keluhan utama berupa nyeri yang sangat mengganggu di perut bagian atas atau ulu hati. Keluhan ini berlanjut hingga saat pengkajian, di mana pasien mendeskripsikan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri mencapai 5 dari 10 (sedang). Nyeri tersebut bersifat hilang timbul dengan durasi serangan berkisar antara 5 hingga 10 menit dan terasa meningkat sesaat setelah mengonsumsi makanan. Kondisi ini juga mengindikasikan adanya iritasi pada mukosa lambung yang memengaruhi kenyamanan pasien.

Riwayat kesehatan saat ini menunjukkan bahwa selain nyeri, pasien juga mengeluhkan mual-mual dan adanya distensi pada area perut. Pada pengkajian pola kebutuhan sehari-hari, ditemukan masalah penting berupa gangguan pola istirahat, di mana pasien menyatakan mengalami kesulitan untuk tidur di malam hari akibat sensasi nyeri dan mual yang dirasakan. Selain itu, pasien tampak gelisah dan menunjukkan penurunan nafsu makan yang selaras dengan diagnosis syndrome dispepsia.

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum pasien tampak lemah dengan tingkat kesadaran yang tetap terpancui. Pada pemeriksaan fisik area abdomen, ditemukan adanya distensi abdomen yang mengindikasikan terjadinya penumpukan gas atau keterlambatan dalam proses pengosongan lambung. Adapun hasil observasi tanda-tanda vital (TTV) menunjukkan tekanan darah 97/68 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit (takikardia ringan), frekuensi pernapasan 24x/menit (takipnea), suhu tubuh 36,3 °C, serta saturasi oksigen (SPO2) 96%.

Secara keseluruhan, data pengkajian menunjukkan bahwa pasien mengalami masalah keperawatan yang berfokus pada gangguan rasa nyaman, meliputi nyeri akut dan mual. Pengkajian yang sistematis dan mendalam ini menjadi dasar penting dalam penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan

intervensi yang tepat, serta evaluasi berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien.

Dari data-data yang didapatkan pada pasien, berdasarkan tinjauan teoritis sangat mendukung bahwa pasien mengalami tumor mammae dextra dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan.

3.2.2. Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan pada Ny. R.R dilakukan berdasarkan hasil pengkajian yang telah dianalisis secara sistematis dengan menggunakan pendekatan (*Problem–Etiologi–Sign and Symptom*) PES. Pendekatan ini bertujuan untuk memastikan bahwa diagnosis yang ditegakkan benar-benar mencerminkan respons pasien terhadap masalah kesehatan yang dialaminya, serta memiliki dasar data subjektif dan objektif yang jelas.

Diagnosis nyeri akut ditetapkan berdasarkan adanya keluhan subjektif pasien yang merasakan nyeri di perut bagian atas (ulu hati) dengan skala nyeri 5. Secara subjektif, pasien juga mengatakan sulit tidur karena nyeri tersebut dan nyeri bertambah ketika makan. Karakteristik nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 5-10 menit menunjukkan adanya gangguan kenyamanan yang nyata. Secara objektif, pasien tampak meringis dan susah tidur, yang mengindikasikan respons tubuh terhadap agen pencedera fisiologis berupa penekanan intra abdomen akibat proses penyakit syndrome dispepsia.

Data tanda-tanda vital mendukung diagnosis ini dengan frekuensi nadi 110x/menit dan pernapasan 24x/menit, yang menunjukkan adanya respons fisiologis terhadap nyeri. Kondisi tersebut memperkuat penetapan etiologi berupa agen pencedera fisiologis. Dengan demikian, diagnosis nyeri akut dirumuskan secara tepat karena didukung oleh kesesuaian antara data subjektif, data objektif, dan kondisi klinis pasien.

Diagnosis nausea ditetapkan berdasarkan keluhan subjektif pasien yang merasa mual-mual dan sulit tidur. Keluhan ini sering menyertai syndrome dispepsia akibat iritasi atau distensi lambung. Secara objektif, ditemukan

adanya distensi pada area perut yang menguatkan adanya gangguan pada sistem pencernaan. Etiologi nausea pada pasien ini berkaitan dengan iritasi lambung dan distensi lambung yang mendasari kondisi dispepsia.

3.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan bagi Ny. R.R. disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan, dengan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Perencanaan intervensi bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan secara sistematis, terukur, dan berorientasi pada pencapaian luaran yang realistis. Pelaksanaan intervensi direncanakan selama 3 × 24 jam dengan pendekatan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

Intervensi keperawatan pada diagnosis nyeri akut difokuskan pada manajemen nyeri (I.08238). Tujuan utama yaitu penurunan tingkat nyeri (L.08066), yang ditandai dengan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan perbaikan pola tidur. Tindakan observasi meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, serta identifikasi skala nyeri dan respons non-verbal.

Pada aspek terapeutik, pemberian teknik non-farmakologis berupa terapi relaksasi napas dalam dimaksudkan untuk mengurangi ketegangan dan menurunkan sensasi nyeri. Intervensi edukasi dilakukan dengan menjelaskan strategi meredakan nyeri dan mengajarkan teknik relaksasi tersebut agar pasien dapat memonitor nyeri secara mandiri. Pada aspek kolaborasi, perawat bekerja sama dalam pemberian analgetik sesuai indikasi medis untuk mengoptimalkan manajemen nyeri.

Intervensi keperawatan pada diagnosis nausea diarahkan untuk menurunkan tingkat nausea (L.08065). Tindakan observasi difokuskan pada pemantauan keluhan mual dan faktor pencetusnya. Pada aspek terapeutik, pengaturan posisi yang nyaman dan pemberian dukungan emosional dilakukan untuk mengurangi ketidaknyamanan. Edukasi diberikan terkait manajemen diet

yang tepat bagi penderita dispepsia untuk mencegah iritasi lambung lebih lanjut. Kolaborasi dilakukan dalam pemberian antiemetik jika diperlukan untuk meredakan gejala mual pasien.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi ialah tahap pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang sudah disusun pada fase perencanaan. Bagian ini mencakup aktivitas perawat dalam membantu pasien menyelesaikan masalah kesehatannya juga mencapai hasil yang diinginkan dari pasien (Pangkey et al., 2021).

Implementasi keperawatan pada Ny. R.R adalah tahap pelaksanaan dari rencana intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan secara bertahap selama tiga hari perawatan, yaitu tanggal 13–15 Januari 2026, dengan fokus pada diagnosis nyeri akut dan mual.

Pelaksanaan implementasi pada diagnosis nyeri akut dilakukan secara konsisten melalui manajemen nyeri dan terapi relaksasi. Pada tanggal 13 Januari 2026, tindakan diawali dengan mengidentifikasi skala nyeri yang berada pada angka 5 dan mengamati ekspresi wajah pasien yang tampak meringis. Pasien diajarkan teknik relaksasi napas dalam sebagai upaya non-farmakologis. Evaluasi hari pertama menunjukkan pasien masih mengeluhkan nyeri pada perut bagian atas dengan tanda-tanda vital nadi 110x/menit dan pernapasan 24x/menit, sehingga masalah dinilai belum teratasi.

Pada tanggal 14 Januari 2026, implementasi dilanjutkan dengan memonitor efektivitas teknik relaksasi yang telah diajarkan. Hasil pemantauan menunjukkan skala nyeri mulai berkurang menjadi 4. Pasien tampak lebih kooperatif dalam melakukan manajemen nyeri mandiri, namun masih tampak meringis saat serangan nyeri muncul. Evaluasi menunjukkan perbaikan awal, namun masalah nyeri akut belum sepenuhnya teratasi sehingga intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 15 Januari 2026, fokus implementasi tetap pada pemantauan tingkat nyeri dan kenyamanan. Hasil evaluasi menunjukkan

penurunan skala nyeri menjadi 3. Pasien menyatakan nyeri sudah mulai jauh berkurang dan ekspresi meringis pun menurun. Meskipun sudah ada perbaikan signifikan, masalah dinilai teratasi sebagian karena pasien direncanakan untuk dipulangkan.

Implementasi pada diagnosis nausea dilakukan dengan memantau keluhan mual dan distensi abdomen. Pada hari pertama dan kedua, pasien masih mengeluhkan mual yang mengganggu pola tidurnya. Perawat memberikan edukasi terkait pola makan sedikit tapi sering dan posisi tidur yang tepat. Pada tanggal 15 Januari 2026, pasien melaporkan mual-mual sudah berkurang. Secara objektif, distensi abdomen tampak berkurang dan tanda-tanda vital stabil dengan pernapasan 20x/menit. Masalah nausea dinilai teratasi sebagian seiring dengan rencana kepulungan pasien.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi ialah tahap penutup dalam proses keperawatan. Pada bagian ini, dilakukan kegiatan dokumentasi yang bertujuan untuk membandingkan secara sistematis dan terencana kondisi kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Proses evaluasi ini dilaksanakan dengan melibatkan pasien serta tenaga kesehatan lain yang berperan dalam perawatan. (Pangkey et al., 2021)

Evaluasi keperawatan pada Ny. R.R dilakukan untuk menilai efektivitas intervensi selama tiga hari (13–15 Januari 2026) dengan menggunakan pendekatan SOAP.

Pada tanggal 13 Januari 2026, hasil evaluasi menunjukkan secara subjektif pasien masih mengeluhkan nyeri perut atas skala 5 dan mual. Secara objektif, pasien tampak meringis dan gelisah dengan nadi cepat 110x/menit. Kondisi ini menunjukkan masalah nyeri akut dan nausea belum teratasi, sehingga intervensi manajemen nyeri dan mual dilanjutkan.

Pada tanggal 14 Januari 2026, evaluasi menunjukkan kemajuan di mana secara subjektif nyeri mulai berkurang ke skala 4. Namun, pasien masih melaporkan kesulitan tidur dan tampak meringis. Tanda-tanda vital menunjukkan nadi 107x/menit dan pernapasan 22x/menit. Masalah keperawatan dinilai belum teratasi sepenuhnya, sehingga rencana intervensi tetap dilanjutkan.

Pada tanggal 15 Januari 2026, hasil evaluasi menunjukkan perubahan positif yang signifikan. Secara subjektif, pasien menyatakan nyeri perut sudah jauh berkurang (skala 3) dan keluhan mual juga berkurang. Secara objektif, frekuensi pernapasan membaik menjadi 20x/menit dan nadi 97x/menit. Kondisi ini menunjukkan bahwa masalah nyeri akut dan nausea telah teratasi sebagian. Karena kondisi klinis yang membaik, pasien dipulangkan dengan instruksi perawatan mandiri di rumah.

Secara keseluruhan, evaluasi ini menegaskan bahwa pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif, mulai dari manajemen nyeri hingga dukungan emosional, efektif dalam membantu pemenuhan kebutuhan dasar rasa aman dan nyaman pada pasien dengan syndrome dispepsia.