

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. P. A. I DENGAN DISPEPSIA
DI RUANGAN CEMPAKA RS POLRI TITUS ULY KUPANG**

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III Keperawatan dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan



**ADRIANA MUTI
NIM.PO. 5303201181156**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :
Nama : Adriana Muti
NIM : PO. 5303201181156
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

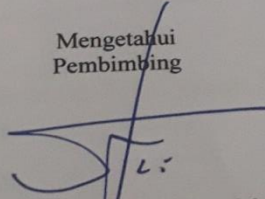
Kupang, 22 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



Adriana Muti
PO.5303201181156

Mengetahui
Pembimbing



Dr. Florentianus Tat, S. Kp., M. Kes
NIP. 196911281993031005

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Adriana Muti, NIM : PO. 5303201181156
dengan Judul " Asuhan Keperawatan Pada Ny. P. A. I Dengan
Dispepsia Di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang"
telah disetujui untuk diujikan.

Disusun Oleh :

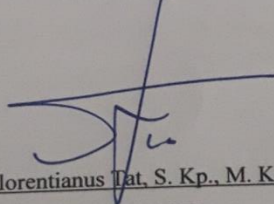


Adriana Muti

PO. 5303201181156

Telah Di Setujui untuk diseminarkan di depan dewan penguji Prodi D-III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 22 Juli 2019

Pembimbing



Dr. Florentianus Tat, S. Kp., M. Kes

NIP. 196911281993031005

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. P. A. I DENGAN DISPEPSIA
DI RUANGAN CEMPAKA RS POLRI TITUS ULY KUPANG”**

Disusun oleh:



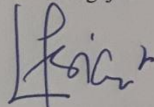
Adriana Muti

NIM. PO. 5303201181156

Telah Diuji Pada Tanggal 23 Juli 2019

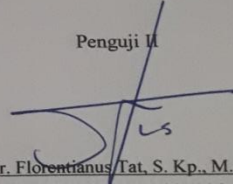
Dewan Penguji

Penguji 1



O. Diana Suek S., Kep. Ns., M.Kep. Sp. Kep. An
NIP. 197812152000122002

Penguji II



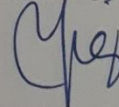
Dr. Florentianus Tat, S. Kp., M. Kes
NIP. 196911281993031005

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S. Kp., M. Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Program Studi



Margaretha Telli, S. Kep. Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Adriana Muti
Tempat tanggal lahir : 16 September 1983
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Piet A. Tallo-Liliba.
Riwayat pendidikan :

1. Tamat SDK Fatuao Tahun 1999.
2. Tamat SMPK Kaputu Tahun 2002.
3. Tamat SMAN Atambua Tahun 2005.
4. Sejak Tahun 2018 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

MOTTO:

**“ Awali Hidup Dengan Doa Dan Kerja Keras, Yakinlah Bahwa
Akhirnya Kesuksesan Yang Diraih ”**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. P. A. I Dengan Dispepsia Di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Dr. Florentianus Tat S. Kp., M. Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang dan pembimbing yang telah banyak memberi masukan bagi penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
2. Orpa Diana Suek S. Kep, Ns., M. Kep, Sp.Kep.An selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan karya tulis ilmiah ini.
3. R. H Kristina SKM., M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
4. Margaretha Teli S. Kep, Ns., MSc-Ph selaku Ketua Program Studi Diploma III keperawatan Kupang.
5. Bapak dan ibu dosen Jurusan Keperawatan Kupang yang telah membimbing dan mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
6. Untuk suami tercinta Yosef Penegrinus Nesi dan anak-anak Aswin Ch Nesi, Jirfandi Ch Nesi, Jacinta Tania Nesi yang telah memberikan dukungan dan nasehat kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Untuk kedua orang tua, dan saudari saya, Bapak Hendrikus Hane, Mama Yasintha Klou, Kakak Sepri, Adik Ansel, Adik Melki yang selalu mendukung penulis baik moril maupun materi sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

8. Untuk teman-teman RPL angkatan 2 yang selama ini selalu berjuang bersama dan sudah banyak membantu penulis selama 1 tahun bersama di Keperawatan Poltekkes Kupang.
9. Untuk adik Rutas E. Seran dan semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa laporan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan laporan karya tulis ilmiah ini.

Kupang, 20 Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Ny. P. A. I Dengan Dispepsia Di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang

Oleh : Adriana Muti

Latar Belakang: Dispepsia merupakan istilah yang umum dipakai untuk suatu sindrom atau kumpulan gejala yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual, muntah, kembung cepat kenyang, rasa perut penuh. Dampak yang dapat terjadi antara lain, pendarahan, kanker lambung, muntah darah dan terjadinya ulkus peptikus.

Tujuan: Untuk mendapat gambaran tentang asuhan keperawatan pada Ny. P. A. I dengan Dispepsia.

Desain: Penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara (hasil anamnesa tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu), observasi dan pemeriksaan fisik.

Hasil: Hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri ulu hati seperti tertusuk-tusuk benda tajam. Pasien mengeluh nyeri di ulu hati menjalar ke perut bagian bawah, skala nyeri 5 (nyeri sedang). Diagnosa keperawatan adalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan. Intervensi yang diterapkan pada pasien adalah mengajarkan teknik relaksasi dan memberikan obat analgetik untuk menurunkan nyeri. Implementasi yang dilakukan adalah mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam dan melayani pemberian obat Ceterolac, mengukur berat badan dan tinggi badan pasien, monitor mual muntah, menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan. Evaluasi didapatkan pasien masih merasakan nyeri di ulu hati tetapi sudah agak berkurang dengan skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien tidak mual dan muntah, pasien dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan.

Kesimpulan: Asuhan keperawatan pada pasien Ny. P. A. I dengan Dispepsia dilakukan melalui 5 tahap proses keperawatan. Semua masalah keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan diatas dapat dilakukan secara optimal.

Saran: Bagi perawat yaitu mengajarkan keluarga cara untuk merawat pasien dengan dispepsia. Saran bagi pasien dan keluarga yaitu menjalani terapi pengobatan dengan teratur sehingga mempercepat proses penyembuhan sesuai teori yang diterapkan selama perawatan dan

Kata kunci: Dispepsia, Asuhan Keperawatan.

DAFTAR ISI

	Hal
Pernyataan Keaslian Tulisan	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Biodata	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Bagan	ix
Daftar Lampiran	x
BAB 1 Pendahuluan	
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Tujuan Karya Tulis Ilmiah	2
1.3. Manfaat Karya Tulis Ilmiah	2
BAB 2 Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep teori	4
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan	9
BAB 3 Hasil Studi Kasus dan Pembahasan	
3.1 Hasil Studi Kasus	13
3.2 Pembahasan Studi Kasus	21
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	26
4.2 Saran	27
DAFTAR PUSTAKA	28
LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

	Halaman
2.1 Pathway Gagal Ginjal kronik	9
3.1 Genogram	28

DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Kegiatan
2. Format Asuhan Keperawatan
3. Lembar Konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dispepsia merupakan istilah yang umum dipakai untuk suatu sindrom atau kumpulan gejala yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual, muntah, kembung cepat kenyang, rasa perut penuh. Keluhan tersebut dapat secara bergantian dirasakan pasien atau bervariasi baik dari segi jenis keluhan ataupun kualitasnya (Yuriko, 2013).

Diperkirakan sekitar 15-40 populasi di dunia memiliki keluhan dispepsia kronis atau berulang: sepertiganya merupakan dispepsia organik (struktural). Etiologi terbanyak dispepsia organik yaitu ulkus peptikus lambung atau duodenum, penyakit refluks gastroesofagus, dan kanker lambung (Purnamasari, 2017).

Diperkirakan bahwa hampir 30% kasus pada praktek umum dan 60% pada praktek *gastroenterologist* merupakan kasus dispepsia. Berdasarkan penelitian pada populasi umum didapatkan bahwa 15-30% orang dewasa pernah mengalami hal ini dalam beberapa hari dari data pustaka negara barat didapatkan angka prevelensinya berkisar 7-14%, tapi hanya 10-20% yang mencari pertolongan medis (Yuriko, 2013).

Data dispepsia di Ruangan Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang, dari bulan Januari 2018 sampai Juli 2019 jumlah pasien yang masuk dengan dispepsia sebanyak 204 orang. (Register Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang, 2018).

Dispepsia dapat menimbulkan beberapa dampak yang dapat mengakibatkan gangguan pada penderita antara lain, pendarahan, kanker lambung, muntah darah dan terjadinya ulkus peptikus (Purnamasari, 2017).

Peran perawat dalam pengobatan pasien dengan dispepsia yaitu fokus pada pengajaran klien tentang penyebab dispepsia dan makanan yang mungkin memperburuk penyakit, perawat juga bertanggung jawab untuk membantu klien dalam mengkaji faktor-faktor yang dapat memicu

peningkatan manifestasi stres, konsumsi makanan dan alkohol, menghentikan asupan makanan iritatif seperti kopi dan sejenisnya (Dinoyo, 2013).

Masalah keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan dispepsia yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dan Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (Ida, 2016).

Berdasarkan data di atas, penulis tertarik untuk menyusun sebuah Studi Kasus dengan judul Asuhan Keperawatan pada Ny. P. A. I dengan Dispepsia di Ruang Cempaka di RS Polri Titus Uly Kupang.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada Ny. P. A. I dengan Dispepsia Di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu menggambarkan hasil Pengkajian Pada Ny. P. A. I dengan Dispepsia Di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang.
2. Mampu mengidentifikasi Diagnosa keperawatan Pada Ny. P. A. I dengan Dispepsia Di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang.
3. Mampu mengidentifikasi Intervensi keperawatan Pada Ny. P. A. I dengan Dispepsia Di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang.
4. Mampu mengidentifikasi Implementasi keperawatan Pada Ny. P. A. I dengan Dispepsia Di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang.
5. Mampu mengidentifikasi Evaluasi keperawatan Pada Ny. P. A. I dengan Dispepsia Di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dalam bidang keperawatan tentang asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan Dispepsia.

2. Bagi Institusi

Sebagai acuan dalam kegiatan proses belajar tentang asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Dispepsia.

3. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan Dispepsia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Dispepsia

2.1.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronik

Dispepsia merupakan rasa nyeri atau tidak nyaman di bagian ulu hati. Kondisi ini dianggap gangguan di dalam tubuh yang diakibatkan reaksi tubuh terhadap lingkungan sekeliling. Reaksi ini menimbulkan gangguan ketidakseimbangan metabolisme dan seringkali menyerang individu usia produktif, yakni usia 30-50 tahun (Ida, 2016).

Dispepsia adalah suatu gejala yang ditandai dengan nyeri ulu hati, rasa mual dan kembung. Gejala ini bisa berhubungan/ tidak ada hubungan dengan makanan (Nugroho Taufan, 2011).

Dispepsia adalah bentuk tidak enak, episodik atau persistem yang berkaitan dengan abdomen (Inayah Iin, 2004).

Jadi Dispepsia adalah rasa tidak enak pada ulu hati yang berhubungan atau tidak ada hubungan dengan makanan yang menimbulkan gangguan ketidakseimbangan metabolisme dan menyerang usia produktif.

2.1.2 Klasifikasi Dispepsia

Pengelompokan mayor dispepsia terbagi atas dua yaitu: 1) Dispepsia Organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya. Sindrom dyspepsia organik terdapat kelainan yang nyata terhadap organ tubuh misalnya tukak (*ulkuspeptikum*), *gastritis*, *stomach cancer*, *gastroesophageal refluxdisease*, *hyperacidity*. 2) Dispepsia Non Organik (DNU), atau dyspepsia fungsional, atau Dispepsia Non Ulkus (DNU), bila tidak jelas penyebabnya. Dispepsia fungsional tanpa disertai kelainan atau gangguan struktur organ berdasarkan pemeriksaan klinis, laboratorium, radiologi, dan endoskopi (Ida, 2016).

2.1.3 Etiologi Dispepsia

Dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai penyakit baik yang bersifat organik (struktural) dan fungsional. Penyakit yang bersifat organik antara lain karena terjadinya gangguan disaluran cerna atau disekitar saluran cerna, seperti pankreas, kandung empedu dan lain-lain. Sedangkan penyakit yang bersifat fungsional dapat dipicu karena faktor psikologis dan factor intoleran terhadap obat-obatan dan jenis makanan tertentu (Purnamasari, 2017).

Dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai penyakit baik yang bersifat organik dan fungsional. Penyakit yang bersifat organik antara lain karena terjadinya gangguan di saluran cerna atau di sekitar saluran cerna, seperti pankreas, kandung empedu dan lain-lain. Sedangkan penyakit yang bersifat fungsional dapat dipicu karena faktor psikologis dan faktor intoleran terhadap obat-obatan dan jenis makanan tertentu. Faktor-faktor yang menyebabkan dispepsia adalah:

1. Bakteri *Helicobacter pylori*.

Bakteri tersebut hidup di bawah lapisan selaput lendir sendiri adalah untuk melindungi kerusakan dinding lambung akibat produksi asam lambung. Infeksi yang diakibatkan bakteri *Helicobacter* menyebabkan peradangan pada dinding lambung.

2. Merokok

Rokok akan merusak lapisan pelindung lambung. Oleh karena itu orang yang merokok lebih sensitive terhadap dispepsia maupun ulser.

3. Stres

Stres bisa menyebabkan terjadi perubahan hormonal di dalam tubuh. Perubahan itu akan merangsang sel-sel dalam lambung yang kemudian memproduksi asam secara berlebihan. Asam yang berlebihan ini membuat lambung terasa nyeri, perih dan kembung.

4. Efek samping obat-obatan tertentu

Konsumsi obat penghilang rasa nyeri seperti obat anti inflamasi nonsteroid (OAINS) misalnya aspirin, ibuprofen yang terlalu sering dapat menyebabkan penyakit gastritis, baik itu gastritis akut maupun kronis.

5. Mengonsumsi obat-obatan tertentu

Minum-minuman yang mengandung alkohol dan kafein seperti kopi dapat meningkatkan produksi asam lambung berlebihan hingga akhirnya terjadi iritasi dan menurunkan kemampuan fungsi dinding lambung.

6. Alkohol

Mengonsumsi alkohol dapat mengiritasi dan mengikis permukaan lambung.

7. Mengonsumsi makanan terlalu pedas dan asam.

Minum-minuman yang mengandung alkohol dan kafein seperti kopi dan mengonsumsi makanan pedas dapat meningkatkan produksi asam lambung berlebihan hingga akhirnya terjadi iritasi dan menurunkan kemampuan fungsi dinding lambung.

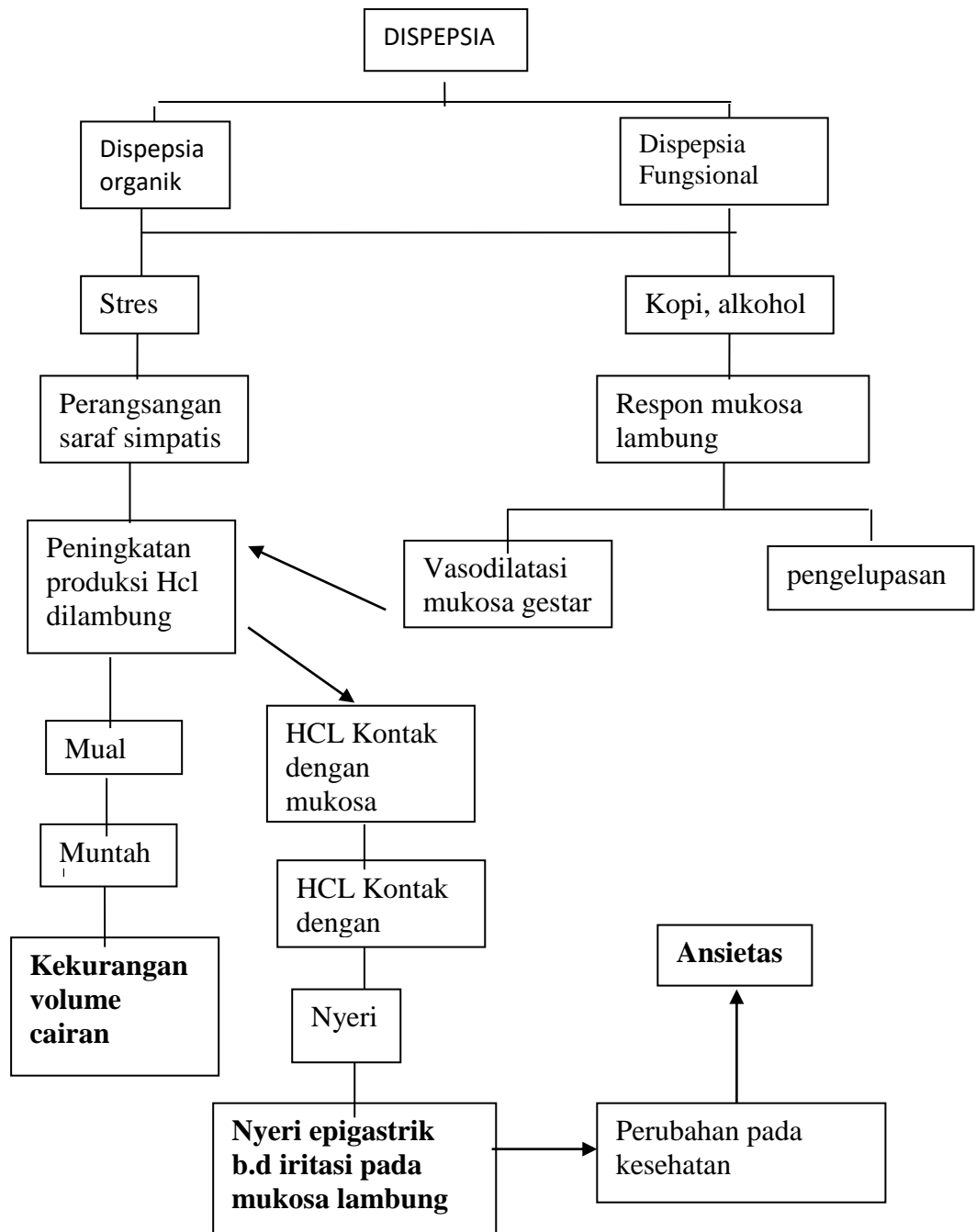
2.1.4 Gejala Klinis

Adanya gas diperut, rasa penuh setelah makan, perut menonjol, cepat kenyang, mual, tidak ada nafsu makan dan perut terasa panas. Rasa penuh, cepat kenyang, kembung setelah makan, mual muntah, sering bersendawa, tidak nafsu makan, nyeri ulu hati dan dada atau regurgitas asam lambung ke mulut. Gejala dispepsia akut dan kronis berdasarkan jangka waktu tiga bulan meliputi: rasa sakit dan tidak enak di ulu hati, perih, mual, berlangsung lama dan sering kambuh dan disertai dengan ansietas dan depresi (Purnamasari, 2017).

Dispepsia Perubahan pada kesehatan ansietas dispepsia fungsional, dispepsia organik, respon mukosa lambung, perangsangan saraf simpatis, kopi, alkohol, stress, nyeri, kontak dengan mukosa gaster, vasodilatasi mukosa gaster, mual, peningkatan produksi Hcl dilambung, muntah,

kekurangan volume cairan, pengelupasan, nyeri epigastrik berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung, defisit pengetahuan.

2.1.5. Patway Dispepsia



Sumber: (Ida 2016)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk menyingkirkan adanya kelainan organik, pemeriksaan untuk dispepsia terbagi pada beberapa bagian yaitu:

Pemeriksaan laboratorium, biasanya meliputi hitung jenis sel darah yang lengkap dan pemeriksaan darah dalam tinja, dan urin. Jika ditemukan leukosit dosis berarti tanda-tanda infeksi. Jika tampak cair berlendir atau banyak mengandung lemak pada pemeriksaan tinja kemungkinan menderita malabsorpsi. Seseorang yang diduga menderita dyspepsia ulkus sebaiknya diperiksa derajat keasaman lambung. Jika diduga suatu keganasan, dapat diperiksa *tumormarker* (dugaan karsinoma kolon), dan (dugaan karsinoma pankreas).

Barium enema untuk memeriksa saluran cerna pada orang yang mengalami kesulitan menelan atau muntah, penurunan berat badan atau mengalami nyeri yang membaik atau memburuk bila penderita makan.

Endoskopi biasa digunakan untuk mendapatkan contoh jaringan dari lapisan lambung melalui tindakan biopsi. Pemeriksaan nantinya di bawah mikroskop untuk mengetahui apakah lambung terinfeksi *Helicobacter pylori*. Endoskopi merupakan pemeriksaan bakuemas, selain sebagai diagnostik sekaligus terapeutik.

Pemeriksaan penunjang lainnya seperti foto polos abdomen, serologi *H. pylori*, *urea breath test*, dan lain-lain dilakukan atas dasar indikasi (Ida, 2016).

2.1.7 Penatalaksanaan Dispepsia

Non Farmakologi tindakan-tindakan keperawatan dalam perawatan pasien dengan gangguan nyeri abdomen yaitu mengatur posisi pasien, hipnoterapi, terapi relaksasi, manajemen nyeri dan terapi perilaku. Farmakologis Pengobatan dyspepsia mengenal beberapa obat, yaitu: Antasida, Pemberian antasida tidak dapat dilakukan terus-menerus, karena hanya bersifat simptomatis untuk mengurangi nyeri. Obat yang termasuk

golongan ini adalah simetidin, ranitidin, dan famotidine. Pemasangan cairan pariental, pemasangan Naso Gastric Tube (NGT) jika diperlukan (Amelia, 2018).

2.1.8 Komplikasi Dispepsia

Penderita sindroma dispepsia selama bertahun-tahun dapat memicu adanya komplikasi yang tidak ringan. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain, pendarahan, kanker lambung, muntah darah dan terjadinya ulkus peptikus (Purnamasari, 2017).

2.2. Konsep asuhan keperawatan Dispepsia

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan dispepsia meliputi adanya nyeri perut, rasa pedih di ulu hati, mual kadang-kadang muntah, nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, perut kembung, rasa panas didada dan perut, regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba) (Ida, 2016).

Adapun proses pengkajian yaitu pengkajian primer (primary assessment). Primary Assessment dengan data subjektif yang didapatkan yaitu keluhan utama: nyeri pada perut dan mengeluh mual muntah. Keluhan penyakit saat ini: mekanisme terjadinya. Riwayat penyakit terdahulu: adanya penyakit saraf atau riwayat cedera sebelumnya, kebiasaan minum alkohol, konsumsi medikasi anticoagulant atau agen anti platelet, adanya alergi, dan status imunisasi (Ida, 2016).

Data objektif: Pengkajian sekunder terdiri dari keluhan utama yaitu, adanya mual muntah-curigai apendisitis atau obstruksi usus, nyeri epigastrium yang kolik, curigai gastritis atau gastroenteritis, anoreksia dengan diare. Riwayat sosial dan medis yaitu, riwayat penggunaan dan penyalagunaan alkohol. Curigai penyakit hati, penyalahgunaan obat intra

vena, gejala putus obat, pembedahan abdomen sebelumnya, curigai adanya obstruksi usus, penyakit hati atau gastritis. Alasan mencari pengobatan yaitu, identifikasi perubahan pada gejala: identifikasi kontak dengan pemberi perawatan kesehatan lainnya untuk penyakit ini. Pengobatan sebelum masuk rumah sakit yaitu mengidentifikasi penggunaan obat-obatan buatan rumah, perubahan pada diet, penggunaan obat yang dijual bebas. Nyeri yaitu catat riwayat dan durasi nyeri dan gunakan metode pengkajian nyeri yaitu *Provocate*,: *Quality, Region, Severe, dan Time*. PQRST (Pamela, 2011).

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Menurut (Ida, 2016) diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan dispepsia yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

2.2.3 Intervensi keperawatan

Berikut ini adalah intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien dengan dispepsia yaitu:

Diagnosa keperawatan pertama nyeri akut berhubungan dengan agen iritasi mukosa lambung, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) goal: pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. Objektif: Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x30 menit, diharapkan pasien akan menunjukkan outcomes: kontrol nyeri, tingkat nyeri berkurang, nyeri efek yang mengganggu dan nyeri: respon psikologis tambahan. *Nursing Interventions Classification* (NIC) Manajemen nyeri, kode: 3016 dengan intervensi: 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau

beratnya nyeri dan faktor pencetus, 2) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat, 3) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti relaksasi, terapi musik, aplikasi panas/ dingin dan pijatan), 4) Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik, 5) Dukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.

Diagnosa keperawatan kedua ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.. *Nursing Outcomes Classification* (NOC) goal: pasien akan mempertahankan status nutrisi yang adekuat selama dalam perawatan. Objektif: setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan pasien akan menunjukkan outcomes: status nutrisi: asupan nutrisi (1009), status nutrisi (1004) nafsu makan (1014) dan status nutrisi: asupan makan dan cairan (1008). *Nursing Interventions Classification* (NIC) Manajemen nutrisi, Kode: 1100 dengan intervensi: 1) Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makan (misalnya bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat), 2) Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, 3) Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan, 4) Pastikan makanan disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal

Diagnosa keperawatan ketiga kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. *Nursing Outcomes Classification* (NOC) goal: pasien akan mempertahankan status cairan yang adekuat selama dalam perawatan. Objektif: setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x60 menit pasien akan menunjukkan outcomes: keseimbangan cairan (0601), keseimbangan elektrolit (0606) dan hidrasi (0602). *Nursing Interventions Classification* (NIC) Manajemen cairan, kode: 4120 dengan intervensi: 1) Jaga intake atau asupan yang akurat dan catat output (pasien), 2) Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik, 3) Berikan cairan dengan tepat.

2.2.4 Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien (Ida, 2016).

Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan dispepsia yaitu fokus pada pengajaran klien tentang penyebab dispepsia dan makanan yang mungkin memperburuk penyakit, bantu klien untuk mengkaji faktor-faktor yang dapat memicu peningkatan manifestasi seperti stres, konsumsi makanan dan alkohol, menghentikan asupan makanan iritatif seperti kopi dan sejenisnya (Dinoyo, 2013).

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan/ kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/ kriteria hasil yang telah ditetapkan (Ida, 2016).

Menurut Wong, dkk (2009: 1202) mengatakan bahwa keefektifan keperawatan ditentukan oleh pengkajian ulang dan evaluasi asuhan secara kontinu berdasarkan pedoman observasi yaitu :

1. Observasi dan wawancara pasien dan keluarga mengenai kepatuhan mereka pada program medis dan diet.
2. Pantau tanda vital, pengukuran pertumbuhan, laporan laboratorium, perilaku, penampilan.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

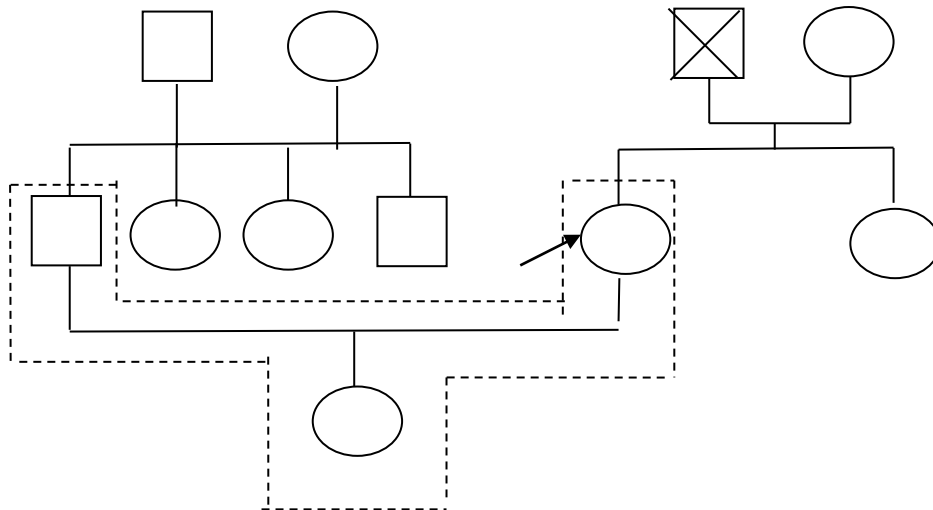
3.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada Ny. P. A. I dengan diagnosa medis Dispepsia, di Ruang Cempaka Polri Titus Uly Kupang dilakukan pada Senin, 15 Juli 2019 jam 17.00 Wita dengan keluhan utama pasien mengeluh nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk benda tajam yang menjalar ke perut bagian bawah. Data pengkajian yang didapatkan adalah: Identitas: Ny. P. A. I, Jenis kelamin perempuan, Lahir tanggal 08 Juli 1995, Umur 24 Tahun, NMR 155214, Alamat Kuanino, Pendidikan terakhir: SMA, Status: Menikah, Pekerjaan: Ibu rumah tangga. Riwayat keluhan utama: Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 14 Juli 2019 pukul 07.30 WITA dan diterima melalui UGD dengan keluhan nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk benda tajam menjalar ke perut bagian bawah. Keluhan yang dirasakan mulai muncul sejak 4 hari yang lalu (tanggal 10 Juli 2019) setelah makan makanan yang pedas dan hanya minum obat Ranitidin di rumah untuk mengurangi nyeri. Saat ini tidak ada keluhan lain yang menyertai.

Riwayat penyakit sebelumnya, Ny. P. A. I mengatakan pernah masuk rumah sakit pada tahun 2018 di rumah sakit Polri Titus Uly Kupang dengan keluhan yang sama, tidak ada riwayat alergi terhadap makanan, tidak pernah melakukan operasi, pasien tidak merokok dan minum alcohol, pasien mengatakan tidak suka minum kopi. Saat ini pasien mendapat obat injeksi Ceterolac 30 mg/IV dan injeksi Pumpicel 2x40 mg/IV.

Riwayat penyakit keluarga, pasien mengatakan tidak ada keluarga yang sakit sama seperti Ny. P. A. I.

Bagan 3.1 Genogram



Keterangan :



: Laki-laki meninggal



: Perempuan



: Laki-laki

----- : Tinggal serumah

→ ○ : Pasien

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan, TD: 100/70 mmHg, RR: 18x/menit, N: 77x/menit, S: 36,5⁰C. Kepala dan leher: Bentuk, ukuran dan posisi kepala normal, tidak ada lesi, tidak ada masa, observasi wajah simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, tidak menggunakan kacamata, penglihatan tidak kabur, tidak ada nyeri pada mata saat dipalpasi, tidak pernah melakukan operasi pada mata, pasien tidak mengalami gangguan pendengaran, tidak ada nyeri pada telinga saat dipalpasi, pasien tidak memiliki riwayat penyakit pada telinga diantaranya Rhinitis, Polip, Sinusitis dan Epataksis, gigi tampak bersih, tidak ada karies gigi, pasien tidak menggunakan gigi palsu, pasien tidak mengalami gangguan pada saat berbicara, tidak ada nyeri saat menelan, tidak ada pembesaran pada kelenjar leher. Kardiovaskuler: tidak ada keluhan nyeri

di dada kiri, kesadaran composmentis, GCS E4V5M6= 15, bentuk dada normal, bibir normal tidak sianosis, kuku normal tidak sianosis, capillary refill time kurang dari 3 detik, tidak terdapat udem pada kedua ekstremitas atas dan bawah, saat diauskultasi bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada bunyi jantung tambahan S3 (gallop) dan S4, tidak ada murmur.

Respiratori: Pasien tidak sesak napas, irama napas teratur, tidak ada retraksi dinding dada, saat diperkusi tidak ada cairan, tidak ada udara dan tidak ada massa, bunyi napas normal, tidak terdengar ronchi ataupun wheezing. Pencernaan: Saat ditanya pasien mengatakan tidak ada keluhan, turgor kulit kembali cepat, keadaan bibir lembab, tidak ada luka pada mulut, tidak ada tanda-tanda peradangan pada mulut, keadaan gusi normal, tidak ada luka pada abdomen, tidak ada pembesaran pada perut, tidak ada luka pada rektal, pasien tidak mengalami hemoroid ataupun perdarahan, bising usus 14x/menit, saat diperkusi tidak ada cairan, tidak ada udara dan tidak ada masa pada abdomen, tidak ada nyeri pada abdomen saat dipalpasi. Persarafan: Kesadaran composmentis, GCS E4V5M6= 15, pupil mengecil saat diberi cahaya, pasien tidak mengalami kejang, tidak mengalami kelumpuhan, refleks normal. Muskuloskeletal: Pasien dapat melakukan aktifitas tanpa dibantu oleh keluarga ataupun perawat, tidak ada kelainan pada ekstremitas atas maupun bawah, tidak ada nyeri otot, ada nyeri sendi, kekuatan otot:

5	5
5	5

Integumen: Turgor kulit baik, tidak ada petekie. Perkemihan: Saat ini pasien tidak mengalami gangguan pada sistem perkemihan seperti kencing menetes, inkontinensia, poliuria, anuria, oliguria. Pasien tidak menggunakan kateter, kandung kencing tidak membesar, intake cairan 1000 cc/hari, parenteral: terpasang infus Ringer laktat 500 cc dalam 24 jam 8 tpm. Reproduksi: Tidak ada keluhan.

Pola kegiatan sehari-hari. Nutrisi: Saat ini pola makan pasien diatur dengan jadwal makan pagi jam 07.00, makan siang jam 12.00 dan makan malam jam 19.00, nafsu makan pasien menurun, pasien mengatakan semua makanan disukai, dalam sehari pasien biasanya minum air sebanyak 4-5 gelas, keluarga pasien mengatakan saat ini pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan dari porsi makanan yang disediakan, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8 (normal), pasien tampak mual dan muntah. Eliminasi: Pasien mengatakan BAK dalam sehari bisa 3-4x, berwarna kuning, tidak ada perubahan sebelum dan saat sakit, untuk kebiasaan BAB pasien mengatakan 1x dalam sehari dengan konsistensi normal. Olahraga atau aktivitas: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya suka bermain bulu tangkis, dan kegiatan itu tidak dilakukan secara rutin. Istirahat atau tidur: Saat sakit jam tidur pasien meningkat, waktu pasien lebih banyak digunakan untuk tidur dan istirahat, pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur, pasien biasanya tidur malam jam 22.00 dan bangun jam 04.00, tidur siang jam 13.00 dan bangun jam 15.00.

Pola interaksi sosial: Pasien mengatakan orang yang terdekat adalah suami dan anak, sebelum sakit pasien sering mengikuti kegiatan kerohanian di mesjid seperti pengajian, pasien mengatakan jika ada masalah selalu dibicarakan dengan suami, interaksi antara pasien dan keluarga baik.

Kegiatan keagamaan atau spiritual: Saat dikaji pasien mengatakan sebelum sakit selalu ke mesjid setiap hari jumat untuk pengajian dan selalu terlibat dalam kegiatan kerohanian di masjid.

Keadaan psikologis selama sakit: Pasien berharap segera sembuh agar dapat melakukan aktivitas seperti biasa, pasien dapat berinteraksi dengan baik dan kooperatif terhadap setiap pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 14 Juli 2019 jam 09:40 didapatkan hasil yaitu ureum 19 mg/dL, kreatinin 0,5 mg/dl, pemeriksaan urin didapatkan pH urin 6,0, mg/dl BJ 1,015 mg/dl.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

3.1.2.1 Analisa Data

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.

DS: Pasien mengatakan nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk benda tajam yang menjalar ke perut bagian bawah. DO: Pasien tampak meringis kesakitan, TTV TD: 100/70 mmHg, N: 77x/menit, skala nyeri 5 (nyeri sedang), pasien tampak memegang perut saat nyeri muncul.

2. Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan

DS: Pasien mengatakan sering merasa mual pada saat makan dan muntah 1 kali.

DO: Pasien tampak lemah, pasien tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan dan hanya menghabiskan 3 sendok makan, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8, pasien tampak mual pada saat makan.

3.1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.
2. Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.

NOC: Kepuasan klien: manajemen nyeri, Kode: 3016.

Tingkat persepsi positif terhadap perawatan untuk mengurangi rasa sakit dipertahankan pada 2 (agak puas) ditingkatkan ke 4 (sangat puas).

NIC: Manajemen nyeri, Kode: 1400.

Intervensi :

- a. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset atau durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.

- b. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat.
 - c. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti relaksasi, terapi musik, aplikasi panas atau dingin dan pijatan).
 - d. Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik.
 - e. Dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.
2. Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan.

NOC: Nafsu makan, Kode: 1014.

Keinginan untuk makan dipertahankan pada 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke 4 (sedikit terganggu).

NIC: Manajemen nutrisi, Kode: 1100.

Intervensi:

- a. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makan (misalnya bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat).
- b. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
- c. Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan.
- d. Pastikan makanan disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan mulai tanggal 15 Juli sampai 17 Juli 2019. Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik.

Implementasi pada hari pertama Senin, 15 Juli 2019, dilakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat. **Diagnosa**

1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 08.00 Mengkaji skala nyeri pasien, 2) Jam 10.00 Mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi respon nyeri, 4) Mengukur tanda-tanda vital, 5) Jam 13.20 Melayani injeksi Ceterolac 40 mg/IV untuk membantu mengurangi nyeri. Pada **diagnosa 2:** Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, tindakan yang dilakukan adalah: 1) Jam 12.00 Memberikan makan pada pasien, 2) Jam 12.20 Monitor mual dan muntah, 3) **Monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien.**

Implementasi pada hari kedua Selasa, 16 Juli 2019, dilakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat. **Diagnosa 1:** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 07.40 Mengkaji skala nyeri yang dirasakan pasien, 2) Jam 10.00 Melayani injeksi Pumpisel 40 mg/IV, 3) Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak bergerak, 4) Mengukur tanda-tanda vital pasien. Untuk **diagnosa 2:** Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, tindakan yang dilakukan adalah: 1) Jam 11.20 Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, 2) Jam 12.00 Memberikan makan pada pasien dan mengatur posisi semi fowler, 3) Jam 12.20 Monitor mual dan muntah, 3) Monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien.

Implementasi pada hari pertama Ke-tiga, 17 Juli 2019, dilakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat. **Diagnosa 1:** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 08.00 Mengkaji skala nyeri yang dirasakan pasien, 2) Jam 10.00 Melayani injeksi Pumpisel 40 mg/IV, 3) Jam 11.10 Mengukur tanda-tanda vital pasien. Untuk **diagnosa 2:** Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, tindakan yang dilakukan adalah: 1) Jam 11.40 Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi, 2) Jam 12.00

Memberikan makan pada pasien, 3) Jam 12.20 Monitor mual dan muntah, 3) Monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan mulai tanggal 15 Juli sampai 17 Juli 2019. Evaluasi keperawatan dilakukan setelah dilakukan implementasi keperawatan.

Evaluasi keperawatan pada hari pertama Senin, 15 Juli 2019 untuk diagnosa **1**: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tindakan yang dilakukan yaitu, **S**: pasien mengatakan masih merasakan nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk dan muncul pada saat pasien banyak bergerak, **O**: TTV TD: 100/70 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 77x/menit, RR: 18x/menit, pasien tampak meringis dan memegang perut saat nyeri muncul, skala nyeri 5 (nyeri sedang) muncul, **A**: masalah belum teratasi, **P**: Intervensi no. 1-5 dilanjutkan. Untuk diagnosa **2**: Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, **S**: pasien mengatakan mual dan sempat muntah 1 kali pada pagi hari, **O**: pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan dari porsi yang disediakan, pasien tampak mual, pasien tidak muntah, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8. **A**: masalah belum teratasi, **P**: Intervensi 1-5 dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan pada hari kedua Selasa, 16 Juli 2019 untuk diagnosa **1**: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tindakan yang dilakukan yaitu, **S**: pasien mengatakan masih merasakan nyeri di ulu hati tetapi sudah berkurang tidak seperti hari kemarin, **O**: TTV TD: 110/60 mmHg, S: 37⁰C, N: 75x/menit, RR: 20x/menit, skala nyeri 4 (nyeri sedang), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan, **A**: masalah belum teratasi, **P**: Intervensi 1-5 dilanjutkan. Untuk diagnosa **2**: Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, **S**: pasien mengatakan mual sudah berkurang, **O**: pasien menghabiskan porsi makanan yang

disediakan, pasien tidak mual dan muntah, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8. **A:** masalah belum teratasi, **P:** Intervensi 1-5 dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan pada hari Ketiga, 17 Juli 2019 untuk diagnosa **1:** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tindakan yang dilakukan yaitu, **S:** pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang dan hanya muncul jika pasien terlalu banyak bergerak, **O:** TTV TD: 110/70 mmHg, S: 36,4⁰C, N: 75x/menit, RR: 19x/menit, skala nyeri awalnya 5 (nyeri sedang) menjadi 2 (nyeri ringan), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan, **A:** masalah belum teratasi, **P:** Intervensi 1-5 dilanjutkan. Untuk diagnosa **2:** Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, **S:** pasien mengatakan tidak mual, **O:** pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual dan muntah, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8. **A:** masalah teratasi, **P:** Intervensi dihentikan.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Purnamasari (2017) menyatakan bahwa pasien dengan dispepsia akan mengalami tanda dan gejala seperti adanya rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, mual, tidak ada nafsu makan dan perut terasa panas, mual muntah, sering bersendawa, nyeri ulu hati dan dada atau regurgitas asam lambung ke mulut. Berdasarkan kasus nyata tidak semua tanda dan gejala seperti pada teori ditemukan pada Ny. P. A. I. Tanda dan gejala yang ditemukan pada Ny. P. A. I diantaranya ada mual, muntah, ada nyeri di ulu hati, terjadi penurunan nafsu makan.

Berdasarkan teori, faktor pencetus terjadinya dispepsia adalah bakteri *Helicobacter pylori*, merokok, stres, efek samping obat-obatan, alkohol, mengkonsumsi makanan terlalu pedas dan asam. Berdasarkan kasus nyata pada Ny. P. A. I ditemukan pasien masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri ulu hati yang disebabkan setelah sebelumnya pasien

mengonsumsi makanan yang pedas, hal ini disebabkan karena makanan pedas dapat menyebabkan iritasi lambung dan juga dapat meningkatkan sekresi asam lambung.

Keluhan utama pada pasien dengan dispepsia menurut teori yaitu nyeri pada perut dan mengeluh mual muntah. Pada kasus Ny. P. A. I ditemukan adanya keluhan nyeri pada ulu hati dan menjalar ke perut bagian bawah dan ditemukan adanya mual dan muntah, sehingga menurut penulis tidak ada perbedaan antara teori dan kasus nyata.

Ida (2016) menyatakan bahwa perlu ditanyakan pada pasien tentang riwayat penyakit terdahulu seperti adanya penyakit saraf atau riwayat cedera sebelumnya, kebiasaan minum alcohol, konsumsi medikasi anticoagulant atau agen anti platelet, adanya alergi, dan status imunisasi. Berdasarkan data yang ditemukan pada Ny. P. A. I tidak ditemukan riwayat penyakit dahulu seperti yang disebutkan.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Ida (2016) menyatakan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan dispepsia yaitu: 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, 2) Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, 3) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Pada kasus Ny. P. A. I tidak semua diagnosa pada teori ditemukan pada kasus Ny. P. A. I. Pada kasus Ny. P. A. I dengan dispepsia hanya ditemukan diagnosa 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, 2) Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan. Sedangkan untuk diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif tidak diangkat karena pada kasus Ny. P. A. I tidak ditemukan tanda dan gejala untuk mendukung diagnosa kekurangan volume cairan diantaranya dehidrasi, muntah, mata tidak cekung, turgor kulit tidak

elastis. Hal ini juga dapat terjadi karena pasien telah dirawat satu hari sebelumnya dan sudah diberikan tindakan keperawatan.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang ditetapkan berdasarkan teori pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis yaitu 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset atau durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, 2) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat, 3) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti relaksasi, terapi musik, aplikasi panas atau dingin dan pijatan), 4) Berikan individu penurunan nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik, 5) Dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Pada kasus Ny. P. A. I, semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini digunakan untuk menyelesaikan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis seperti lakukan pengkajian nyeri menggunakan PQRST, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti terapi relaksasi, berikan individu penurunan nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik, menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat.

Diagnosa keperawatan risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, intervensi yang ditetapkan diantaranya 1) Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makan (misalnya bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat), 2) Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, 3) Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan, 4) Pastikan makanan disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal. Pada kasus Ny. P. A. I, semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini digunakan untuk menyelesaikan masalah keperawatan resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan seperti anjurkan

pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, anjurkan pasien untuk makan makanan yang masih hangat dan anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, sehingga menurut penulis tidak ada perbedaan antara teori dan kasus nyata.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan mulai tanggal 15 Juli sampai 17 Juli 2019. Untuk diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus nyata karena semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat diantaranya mengkaji pasien, mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri, mengukur tanda-tanda vital, melayani injeksi Ceterolac 40 mg/IV, melayani injeksi Pumpisel 40 mg/IV.

Implementasi keperawatan pada diagnosa risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus nyata karena tindakan yang diberikan pada Ny. P. A. I disesuaikan dengan intervensi yang dibuat berdasarkan teori maupun kasus seperti memberikan makan pada pasien, monitor mual dan muntah, monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien, menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, menganjurkan pasien untuk makan makanan yang masih hangat.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan perencanaan dan implementasi. Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung dengan menggunakan metode SOAP. Evaluasi yang dilakukan pada Ny. P. A. I sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan.

Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis yaitu pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang dan hanya muncul jika terlalu banyak bergerak, TTV TD: 110/70 mmHg, S: 36,4⁰C, N: 75x/menit, RR: 19x/menit, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan.

Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan yaitu pasien mengatakan tidak mual, pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual dan muntah, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8.

3.3 Keterbatas Studi Kasus

Dalam penyusunan studi kasus ini, banyak kendala yang penulis temui sehingga permasalahan ini mempengaruhi studi kasus ini. Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan studi kasus ini membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik. Selain keterbatasan waktu, penulis juga mengalami kesulitan dalam mencari sumber buku yang ingin digunakan, sehingga penulis merasa studi kasus ini mempunyai keterbatasan dan masih jauh dari kesempurnaan dan masih membutuhkan perbaikan dalam penulisan hasil. Oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak yang membangun guna menyempurnakan studi kasus ini.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

4.1.1 Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian pada Ny. P. A. I ditemukan nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk benda tajam dan menyebar ke perut bagian bawah.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, 2) Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan.

4.1.3 Intervensi Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, intervensi yang dibuat adalah lakukan pengkajian nyeri menggunakan PQRST, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti terapi relaksasi, berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik, menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat. Diagnosa Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, rencana tindakan yang dibuat yaitu anjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, anjurkan pasien untuk makan makanan yang masih hangat dan Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi.

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dibuat pada kasus Ny. P. A. I setiap hari sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri, mengukur tanda-tanda vital, melayani injeksi Ceterolac 40 mg/IV, melayani injeksi Pumpisel 40 mg/IV, monitor porsi makan yang dihabiskan pasien, monitor adanya mual muntah, memberikan makan pada pasien, menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, menganjurkan pasien untuk makan makanan yang masih hangat.

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang ditemukan untuk diagnosa 1 pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang dan hanya muncul jika pasien terlalu banyak bergerak dengan TTV TD: 110/70 mmHg, S: 36,4⁰C, N: 75x/menit, RR: 19x/menit, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan. Diagnosa 2 risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, pasien mengatakan tidak mual dan ditemukan pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual dan muntah, BB 52 kg, TB 158 cm, IMT 20,8. masalah teratasi, intervensi dihentikan.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Penulis

Dalam melaksanakan praktek diharapkan menguasai konsep dasar materi yang dibahas dan menyesuaikan dengan keadaan di lapangan praktek sehingga dapat memperkaya wawasan berpikir penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan dispepsia.

4.2.2 Bagi Institusi

Diharapkan dapat memperbanyak fasilitas dalam proses pendidikan dan melengkapi perpustakaan dengan buku-buku keperawatan khususnya buku tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan dispepsia.

4.2.3 Bagi Rumah Sakit

Untuk pihak rumah sakit khususnya perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan dispepsia diharapkan dapat melakukan setiap tindakan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. 2016. *Nursing Interventions Classification*. Edisi Keenam. Indonesia.
- Dinoyo DS. 2013. Buku Ajar keperawatan Medikal Bedah: Sistem Pencernaan. Jakarta: Prenada Media Group.
- Ida M. 2016. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan. Jakarta: Pustaka Baru Press.
- Inayah Iin. 2004. Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. 2016. *Nursing Outcomes Classification*. Edisi Kelima. Indonesia.
- Nugroho Taufan. 2011. Asuhan Keperawatan. Edisi 1. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purnamasari K. 2011. Pedoman Keperawatan Emergensi. Jakarta: EGC.
- Price SA, Wilson LM. 2012. Patofisiologi. Edisi 6. Volume 2. Jakarta : EGC.
- Wong LD, Kasprisin CA, Hess CS. 2012. Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik. Edisi 4. Jakarta : EGC
- 2018. Buku Register Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan

Kegiatan	Bulan																	
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	02
Pembekalan	■																	
Lapor diri di rumah sakit	■																	
Pengambilan kasus				■														
Ujian praktek				■														
Perawatan kasus				■	■	■												
Penyusunan studi kasus dan konsultasi dengan pembimbing				■	■	■	■	■	■	■								
Ujian sidang											■							
Revisi hasil ujian sidang												■	■	■	■	■	■	■
Pengumpulan studi kasus																		■

Lampiran 2



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Adriana Muti
Nim : PO5303201181156

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Ny. P. A. I
Ruangan/Kamar : Cempaka Polri Titus Uly Kupang
Diagnosa Medis : Dispepsia
No.Medikal Record : 155214
Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 08.30
Masuk Rumah Sakit : 14 Juli 2019 Jam : 07.30

Identitas Penanggung

Nama : Tn. S Pekerjaan : Wiraswasta
Jenis Kelamin : Laki-Laki Hubungan : Suami
Dengan Klien
Alamat : Kuanino

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama: Nyeri Akut

- Kapan : ± 4 hari
- Lokasi : Perut

2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan : Pasien mengatakan nyeri uluhati menjalar keperut bagian bawah, dan mual muntah
- Sifat keluhan : Hilang timbul
- Lokasi : Perut

- Keluhan lain yang menyertai : Tidak ada
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Saat melakukan aktifitas/setelah makan makanan pedas
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana): Keluhan berkurang setelah minum obat
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan:Langsung ke UGD dan MRS.

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya Sebutkan : Pasien mengatakan pernah masuk RS dengan keluhan yang sama
Cara Mengatasi : Masuk Polri Titus Uly Kupang pada tahun 2018

Ya : Sebutkan: Tidak ada keluhan

Cara Mengatasi :

Tidak

Riwayat Alergi : Ny.P.A.I tidak pernah mengalami alergi apapun

Cara Mengatasi : tidak ada

Tidak

Riwayat Operasi

Ya :-

Tidak Jenis Ny.P.A.I tidak pernah operasi sebelumnya

Kebiasaan

Merokok

Ya ,Jumlah:

Tidak : Ny.P.A.I tidak pernah merokok

Minum alkohol

Ya , Jumlah: Ny.P.A.I tidak pernah minum alkohol

Tidak

Minum kopi : Ny.P.A.I tidak pernah minum kopi

Ya , Jumlah: tidak ada

Tidak

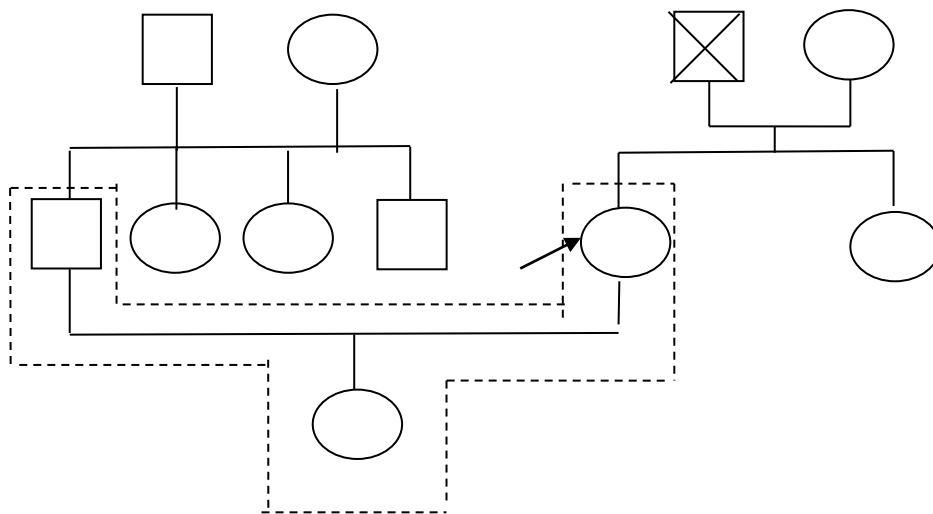
Minum obat-obatan

Ya Jenis, Ranitidin Jumlah: X waktu 2x1 tablet,

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.

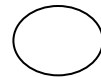
Bagan 3.1 Genogram



Keterangan :



: Laki-laki meninggal



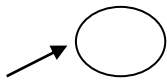
: Perempuan



: Laki-laki



: Tinggal serumah



: Pasien

Pemeriksaan Fisik

Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah: 100/70 mmHg, Nadi, 77x/menit

Pernapasan : 18x/menit, Suhu badan: 36,5

Kepala dan leher

Kepala :

Sakit kepala : Ny.P.A.I tidak mengalami sakit kepala dan Pusing

ya **tidak**

Bentuk, ukuran dan posisi:

√ normal abnormal, jelaskan :

Lesi : ada, Jelaskan : **tidak ada**

Masa : ada, Jelaskan : **tidak ada**

Observasi Wajah : **simetris** asimetri, Jelaskan

Penglihatan : Baik

Konjungtiva: Merah Muda

Sklera: putih

Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : **tidak**

Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : **tidak**

Nyeri : Tidak ada keluhan

Peradangan : Tidak ada keluhan

Operasi :

Jenis : Tidak ada

Waktu : Tidak ada

Tempat : Tidak ada

Pendengaran:

Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : **tidak**

Nyeri : Ya, Jelaskan : **tidak**

Peradangan : Ya, Jelaskan : **tidak**

Hidung:

- Alergi Rhinitis : Ya, Jelaskan : **tidak**
Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : **tidak**
Sinusitis : Ya, Jelaskan : **tidak**
Epistaksis : Ya, Jelaskan : **tidak**

Tenggorokan dan mulut:

- Keadaan gigi : Bersih
Caries : Ya, Jelaskan : **tidak**
Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : **tidak**
Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : **tidak**
Gangguan menelan: Ya, Jelaskan : **tidak**
Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : **tidak**

Sistem Kardiovaskuler:

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : **tidak**

Inspeksi :

- Kesadaran/ GCS : Compos Mentis E:4,V:5,M:6
Bentuk dada : abnormal , Jelaskan : **normal**
Bibir : sianosis **normal**
Kuku : sianosis **normal**
Capillary Refill : Abnormal **normal**
Tangan : Edema **normal**
Kaki : Edema **normal**
Sendi : Edema **normal**
Ictus cordis/Apical Pulse: **Teraba** tidak teraba
Vena jugularis : Teraba tidak teraba
Perkusi : pembesaran jantung:
Auskultasi : BJ I : Abnormal **normal**
BJ II : Abnormal **normal**
Murmur : Tidak ada

Sistem Respirasi

Keluhan : Tidak ada keluhan

Inspeksi :

Jejas : Ya, Jelaskan : **tidak**

Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : **Normal**

Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) **tidak**

Irama Napas : **teratur** tidak teratur

Retraksi otot pernapasan : Ya **tidak**

Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan **tidak**

Perkusi : Cairan : Ya **tidak**

Udara : Ya **tidak**

Massa : Ya **tidak**

Auskultasi :

Inspirasi : **Normal** Abnormal

Ekspirasi : **Normal** Abnormal

Ronchi : Ya **tidak**

Wheezing : Ya **tidak**

Krepitasi : Ya **tidak**

Rales : Ya **tidak**

Clubbing Finger : **Normal** Abnormal

Sistem Pencernaan:

Keluhan : Tidak ada keluhan

Inspeksi :

Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : **Normal**

Keadaan bibir : lembab kering

Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : Merah Muda

Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan **tidak**

Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan **tidak**

Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan **normal**

Keadaan abdomen

Warna kulit : Sawo matang

Luka : Ya, Jelaskan **tidak**

Pembesaran : Abnormal, Jelaskan **normal**

Keadaan rektal

Luka : Ya, Jelaskan **tidak**

Perdarahan : Ya, Jelaskan **tidak**

Hemmoroid : Ya, Jelaskan **tidak**

Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan **tidak**

Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : Normal 5-30x/menit

Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan **normal**

Udara : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

Palpasi :

Tonus otot: Abnormal, Jelaskan **normal**

Nyeri : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

Sistem Persyarafan:

Keluhan : Tidak ada keluhan

Tingkat kesadaran:Compos Mentis GCS (E/M/V):4-5-6

Pupil : **Isokor** anisokor

Kejang : Abnormal, Jelaskan normal

Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan **tidak**

Parasthesia : Ya, Jelaskan **tidak**

Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan **normal**

Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan **normal**

Reflexes : Abnormal, Jelaskan **normal**

Sistem Musculoskeletal

Keluhan : Tidak ada keluhan

Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan **tidak ada**

Nyeri otot : ada **tidak ada**

Nyeri Sendi: ada **tidak ada**

Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan **normal**

kekuatan otot :

Atropi

hiperthropi **normal**

5	5
5	5

Sistem Integumen:

Rash : ada, Jelaskan tidak ada keluhan **tidak ada**

Lesi: ada, Jelaskan **tidak ada**

Turgor : Baik Warna : Sawomatang

Kelembaban : Abnormal, Jelaskan **normal**

Petechie : ada, Jelaskan **Tidak ada**

Lain lain: Tidak ada

Sistem Perkemihan

Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi

gross hematuri disuria poliuri

oliguri anuri

Alat bantu (kateter, dll) ya **tidak**

Kandung kencing : membesar ya **tidak**

nyeri tekan ya **tidak**

Produksi urine :

Intake cairan : oral : 1500 cc/hr parenteral :

Bentuk alat kelamin : **Normal** Tidak normal, sebutk

Uretra : **Normal** Hipospadia/Epispadia

Lain-lain : Tidak ada

Sistem Endokrin:

Keluhan : Ny. P. A. I mengatakan tidak ada keluhan

Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan **tidak ada**

Lain – lain : Ny.P.A.I tida ada keluhan

Sistem Reproduksi

Keluhan : Tidak ada

Wanita : Siklus menstruasi : Teratur setiap bulan

Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan **normal**

Riwayat Persalinan: Tidak ada

Abortus: Tidak ada

Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan **normal**

Lain-lain: Tidak ada

Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada

Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL):

Nutrisi

Pola makan : Pasien mengatakan nafsu makan menurun

Frekuensi makan : 3x1/hari dengan porsi sedikit

Nafsu makan : Menurun

Makanan pantangan : Makanan Pedas(Cabe)

Makanan yang disukai : Semua makanan

Banyaknya minuman dalam sehari : 1500ml/hari

Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada

BB : 52 kg TB : 158 cm

Kenaikan/Penurunan BB: -kg, dalam waktu: -

Perubahan selama sakit : Tidak ada

Eliminasi:

Buang air kecil (BAK)

Frekuensi dalam sehari : 1-3x/hari Warna : Kuning

Bau : Khas Jumlah/ hari : 1-3x

Perubahan selama sakit : Tidak ada

Buang air besar (BAB)

Kebiasaan : 1-2x/hari Frekuensi dalam sehari : 1-2x/hari

Warna :Kuning Bau : Khas

Konsistensi : Lembek

Perubahan selama sakit : Tidak ada

Olah raga dan Aktivitas:

Kegiatan olah raga yang disukai : Bulu Tangkis

Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Kadang-kadang

Istirahat dan tidur:

Tidur malam jam : 22.00

Bangun jam : 04.00

Tidur siang jam : 13.00

Bangun jam : 15.00

Apakah mudah terbangun : Tidak ada

Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

Pola Interaksi Sosial

Siapa orang yang penting/ terdekat : Suami dan keluarga

Organisasi sosial yang diikuti : Pengajian

Keadaan rumah dan lingkungan : Baik

Status rumah : Kontrakan

Cukup / tidak : Cukup

Bising / tidak: Tidak

Banjir / tidak : Tidak

Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Dibicarakan dengan suami

Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Dibicarakan dengan baik

Bagaimana interaksi dalam keluarga :Baik dan harmonis

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

Ketaatan menjalankan ibadah : Sesuai dengan keyakinan

Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Pengajian

Keadaan Psikologis Selama Sakit

Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Pasien mengatakan dirinya benar-benare sakit

Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Yakin akan sembuh

Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Pelayanannya baik dan jelas bicaranya

Data Laboratorium & Diagnostik:

Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan					
			Tanggal					
			14-07-2019					
1	Ureum	10-50 mg/dl	19 mg/dl					
2	Kreatinin	0,5-0,9 mg/dl	0,5 mg/dl					

Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan					
			Tanggal					
			15-07-2019					
1	pH	4,8-7,4 mg/dl.	6,0 mg/dl.					
2	BJ	1,003-1.03	1,015					

Diagnostik Test:

Foto Rontgen

Foto gigi dan mulut : Tidak dilakukan pemeriksaan

Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : Tidak dilakukan

Cholescystogram : Tidak dilakukan

Foto colon : Tidak dilakukan

Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : Tidak dilakukan pemeriksaan

Biopsy : Tidak dilakukan

Colonoscopy : Tidak dilakukan

DII :

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

Pembedahan: Tidak dilakukan

Obat Oral:

1. Analsik 1x1 tablet
2. Prenamia 2x1 tablet
3. Omeprazol 2x1 tablet
4. Injeksi : Pumpicel 2x40 mg /IV
5. Lapibal 2x1 Ampul
6. Lain-lain :Tidak ada.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	PROBLEM/ MASALAH
<p>DS: Pasien mengatakan nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk benda tajam yang menjalar ke perut bagian bawah.</p> <p>DO: Pasien tampak meringis kesakitan, TTV TD: 100/70 mmHg, N: 77x/menit, skala nyeri 5 (nyeri sedang), pasien tampak memegang perut saat nyeri muncul.</p>	<p>Agens cedera biologis.</p>	<p>Nyeri akut</p>
<p>DS: Pasien mengatakan sering merasa mual pada saat makan dan muntah 1 kali.</p> <p>DO: Pasien tampak lemah, pasien tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan dan hanya menghabiskan 3 sendok makan, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8, pasien tampak mual pada saat makan.</p>	<p>Ketidakmampuan makan</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>

2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
2. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan.

C. Intervensi keperawatan.

No	Diagnosa Keperawatan	Goal dan Obyektif	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis	NOC: Kepuasan klien: manajemen nyeri, Kode: 3016. Tingkat persepsi positif terhadap perawatan untuk mengurangi rasa sakit dipertahankan pada 2 (agak puas) ditingkatkan ke 4 (sangat puas).	NIC: Manajemen nyeri, Kode: 1400 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. 2. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat. 3. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti relaksasi, terapi musik, aplikasi panas/ dingin dan pijatan). 4. Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik. 5. Dukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.
2.	Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan.	NOC: Nafsu makan, Kode: 1014. Keinginan untuk makan dipertahankan pada 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke 4 (sedikit terganggu).	NIC: Manajemen nutrisi, Kode: 1100. 1. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makan (misalnya bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat). 2. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan. 3. Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika

			<p>memungkinkan.</p> <p>4. Pastikan makanan disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal.</p>
--	--	--	---

D. Implementasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Jam	Tindakan	Ttd perawat	Keterangan
1.	Senin 15-07-2019. Diagnosa 1	08.00 10.00 11.30 13.20 13.30	1. Mengkaji pasien. 2. Mengajarkan pasien 3. Melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri, 4. Mengukur tanda-tanda vital 5. Melayani injeksi Ceterolac 40 mg/IV.		
	Senin 15-07-	13.40	1. Memberikan makan pada		

	2019. Diagnosa 2	13.45	pasien, 2. Monitor mual dan muntah.		
		13.50	3. Monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien.		
2.	Selasa 16-07-2019 Diagnosa 1	07.40	1. Mengkaji nyeri yang dirasakan pasien.		
		10.00	2. Melayani injeksi Pumpisel 40 mg/IV. 3. Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak bergerak.		
		11.00	4. Mengukur tanda-tanda vital pasien.		
	Selasa 16-07-2019 Diagnosa 2	11.40	1. Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan.		
		12.00	2. Memberikan makan pada pasien dan mengatur posisi semi fowler. 3. Monitor mual dan muntah. 4. Monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien.		
3.	Rabu 17-07-2018 Diagnosa 1	08.00	1. Mengkaji nyeri yang dirasakan pasien.		
		10.00	2. Melayani injeksi Pumpisel 40 mg/IV.		

	Rabu 17-07-2018 Diagnosa 2	11.10 11.40 12.00 12.20	3. Mengukur tanda-tanda vital pasien. 1. Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi. 2. Memberikan makan pada pasien. 3. Monitor mual muntah. 4. Monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien.		
--	-------------------------------	--	--	--	--

E. Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Jam	Tindakan	Ttd perawat	Keterangan
1	Senin 15-07-2019	10.31 11.40	<p>S: pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang dan hanya muncul jika pasien terlalu banyak bergerak.</p> <p>O: TTV TD: 110/70 mmHg, S: 36,4⁰C, N: 75x/menit, RR: 19x/menit, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan.</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 1-5 dilanjutkan.</p> <p>S: pasien mengatakan tidak mual, O: pasien</p>		

	Senin 15-07-2019		menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual dan muntah, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8. A: masalah teratasi, P: Intervensi dihentikan.		
	Selasa 16-07-2019	07.30	S: pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang dan hanya muncul jika pasien terlalu banyak bergerak. O: TTV TD: 100/60 mmHg, S: 36,4 ⁰ C, N: 77x/menit, RR: 19x/menit, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan. A: masalah belum teratasi P: Intervensi 1-5 dilanjutkan.		
	Selasa 16-07-2019	11.30	S: pasien mengatakan tidak mual, O: pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual dan muntah, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8. A: masalah teratasi, P: Intervensi dihentikan.		
	Rabu 17-07-2019	08.30	S: pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang O: TTV TD: 110/70		

	Rabu 17-07-2019	11.30	<p>mmHg, S: 36,4⁰C, N: 80x/menit, RR: 18x/menit, A: masalah teratasi P: Intervensi dihentikan (Pasien pulang)</p> <p>S: pasien mengatakan tidak mual, O: pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual dan muntah, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8. A: masalah teratasi, P: Intervensi dihentikan.</p>		
--	-----------------	-------	--	--	--

Lampiran 3: Lembar Konsultasi



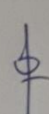
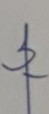
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
 SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
 Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp: (0380)8800256
 Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com

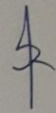
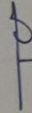




**LEMBAR KONSULTASI
 BIMBINGAN STUDI KASUS**

NAMA MAHASISWA : ADRIANA MUTI
 NIM : PO. 5303201181156
 NAMA PEMBIMBING : Dr. FLORENTIANUS TAT SKp., M.Kes

TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
Jumat 12/07/2019	Konsultasi bimbingan sebelum ujian akhir program	Persiapkan diri dengan baik, Lakukan tindakan di pasien sesuai tindakan yang sudah di pelajari, siap diri untuk mengikuti ujian akhir program hari senin.	
Kamis 18/ 07/2019	Konsultasi judul karya tulis ilmiah, Bab 1 sampai Bab 4.	Revisi Bab 1, tambahkan buku sumber, tambah angka kejadian Dispepsia Indonesia, NTT, RSUD, revisi tujuan umum dan khusus, tambah sumber setiap paragraf, revisi patofisiologi, tambahkan pathway, tambah penjelasan di setiap tanda dan gejala, tambah penjelasan pada setiap pemeriksaan penunjang, revisi konsep teori asuhan keperawatan, tambahkan	

		implementasi dan evaluasi menurut teori.	
Jumat 19/07/2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, dan Bab 3 dan Bab 4	Tambah buku referensi, tambahkan teori penyakit Dispepsia, tambahkan halaman buku sumber di setiap paragraf, perbaiki patofisiologi, perbaiki Bab 2, tambahkan penjelasan pada etiologi dispepsia, intervensi keperawatan sesuaikan dengan buku sumber dan dinarasikan, revisi Bab 3, perbaiki Bab 4, siap PPT hanya 5 slide.	
Sabtu, 20 Juli 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4, konsul PPT.	Perbaiki penulisan nama dan gelar dosen, perbaiki penulisan abstrak, desain harus ditulis setelah tujuan, ganti kata napas dalam dengan relaksasi, perbaiki penulisan pada pembahasan studi kasus, revisi pembahasan pengkajian dan diagnosa keperawatan. Tambahkan definisi pada PPT, perbaiki pengkajian pada PPT, tambahkan pathway.	

Minggu, 21 Juli 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4, konsul PPT	.Tambahkan patway pada PPT,Perbaiki pengkajian segera konsul senin 22 juli 2019	
Senin, 25 Juli 2019	Revisi Bab 1, Bab 2, Bab 3, Bab 4	Tambahkan di hasil pengkajian, Rs Bayangkara di ganti denga RS Polri Titus Uly.	
Selasa 23 Juli 2019	Ujian KTI		
Kamis 25 Juli 2019	Revisi 1	Perbaiki cover	
Jumat 26 Juli 2019	Acc KTI	Jilid 5 untuk di Tanda Tangan dan kumpul 1 untuk kampus, 1 untuk Rektorat, 1 untuk Akademik, 1 untuk pembimbing	