

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF
PADA Tn. A. K. YANG MENDERITA SINDROM DISPEPSIA DI RUANG
CENDANA RS BHAYANGKARA DRS. TITUS ULLY KUPANG”**



ANASTASIA SEDO BURAN

NIM. PO.5303201181162

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES KUPANG**

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

2019

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF
PADA Tn. A. K. YANG MENDERITA SINDROM DISPEPSIA DI RUANG
CENDANA RS BHAYANGKARA DRS. TITUS ULLY 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 melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)



ANASTASIA SEDO BURAN

NIM. PO.5303201181162

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
KUPANG**

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan karya tulis ilmiah oleh Anastasia Sedo Buran, NIM. PO.5303201181162
dengan judul “Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. A. K. Dengan Diagnosa
Medik Sindrom Dispepsia Di Ruang Cendana RS Drs. Titus Uly Kupang”

Disusun Oleh:



Anastasia Sedo Buran

NIM. PO.5303201181162

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D-Iii
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kota Kupang
Pada tanggal, 23 Juli 2019

Mengetahui Pembimbing



Roswita Victoria Rambu Roku, S.Kep, Ns, MSN

NUPN. 9908419437

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**“Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. A. K. Dengan Diagnosa Medik
Sindrom Dispepsia Di Ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Ully
Kupang”**

Disusun Oleh:

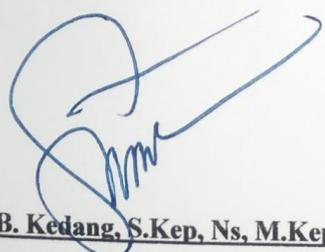

Anastasia Sedo Buran

NIM. PO. 5303201181162

Telah Diuji Pada Tanggal 23 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I


Sabinus B. Kedang, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP. 197304101997031002

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

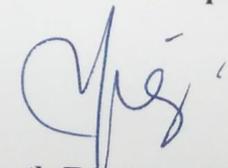

Dr. Florentianus Tat, SKn, M.Kes
NIP. 196911281993031005

Penguji II


Roswita Victoria Rambu Roku, S.Kep, Ns, MSN
NUPN. 9908419437

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan


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

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Anastasia Sedo Buran
Nim : PO.5303201181162
Program studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, saya akan bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 23 Juli 2019

Pembuat pernyataan



Anastasia Sedo Buran

NIM. PO. 5303201181162

Mengetahui

Pembimbing



Roswita Victoria Rambu Roku, S.Kep, Ns, MSN

NUPN. 9908419437

BIODATA PENULIS

Nama lengkap : Anastasia Sedo Buran
Tempat tanggal lahir : Lamanele, 19 September 1965
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : RSS Liliba Blok
Riwayat pendidikan : 1. SD Katolik Pukaone, tahun 1979
2. SMP Iledeng, tahun 1983
3. SPK Kupang, tahun 1986
4. Sejak tahun 2018 kuliah di Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

“Masalah akan terasa ringan dengan bersabar dan berlapang dada”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. A. K. Dengan Diagnosa Medik Sindrom Dispepsia Di Ruang Cendana RS Drs Titus Uly Kota Kupang”** Penulis menyadari bahwa selama penulisan studi kasus 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 terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Roswita Victoria Rambu Roku, S.Kep, Ns, MSN selaku pembimbing sekaligus penguji yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-ide dengan mengoreksi, merevisi, dan juga tidak lupa terima kasih kepada Bapak Sabinus B. Kedang, S.Kep, Ns, M.Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini. Melalui kesempatan ini juga penulis tidak lupa untuk menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Ibu R. H. Kristina., SKM., M.Kes selaku pelindung dalam ujian akhir program mahasiswa/mahasiswa Prodi DIII Keperawatan
2. Bapak Dr. Florentianus Tat., SKp., M.Kes., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi penanggung jawab kegiatan akhir program
3. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, NS., MSc-PH., selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi koordinator kegiatan ujian akhir program
4. Bapak ibu dosen Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi DIII yang telah memberikan materi dan praktik selama dalam proses perkuliahan

sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses penyusunan studi kasus ini

5. Bapak direktur RS Bhayangkara Drs. Titus Ulyy Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. A. K dengan Sindrom Dispepsia di ruang Cendana
6. Kepala ruangan dan CI ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Ulyy Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan dengan Sindrom Dispepsia di ruang Cendana
7. Terimakasih kepada pihak-pihak lain yang tidak bisa disebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam penyempurnaan studi kasus ini
8. Bagi suami tercinta bapak Kosmas Ola Anen (Alm), beserta kedua anakku tercinta Handrianus Vianey dan Adriani Felisitas Tutowara dan kedua cucu terkasih Julio Bahy dan Putih Bahy serta anak mantu yang telah memberikan dukungan doa dan nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.
9. Kepada keluarga besar suku Bahy dan Wungblolong atas doa doa dan dukungannya
10. Kepada Ibu Modesta Meme dan Bapa Frans Da Silva atas motivasi dan dukungannya
11. Bagi teman-teman RPL angkatan Ke-2 khususnya kelas A yang telah memberikan semangat bagi penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan studi kasus ini masih sangat jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu segala pendapat, kritikan dan saran yang membangun sangat penulis harapkan agar dapat digunakan sebagai dasar dalam penyelesaian studi kasus selanjutnya.

Kupang, 23 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Lembar Keaslian	v
Biodata Penulis	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi.....	ix
Abstrak	xi

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus.....	2
2.2.1 Tujuan Umum.....	2
2.2.2 Tujuan Khusus.....	2
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	2
1.3.1 Bagi Profesi Keperawatan	2
1.3.2 Bagi Institusi.....	3
1.3.3 Bagi Peneliti	3

BAB 2 TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Teori Dispepsia Sindrom.....	4
2.1.1 Pengertian Dispepsia Sindrom.....	4
2.1.2 Etiologi.....	4
2.1.3 Patofisiologi	5
2.1.4 Pathway.....	6
2.1.5 Manifestasi Klinis	6
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik.....	7
2.1.7 Penatalaksanaan	7
2.2 Konsep Teori Aman Nyaman Nyeri	8
2.2.1 Pengertian Nyeri.....	8

2.2.2 Sifat Nyeri	9
2.2.3 Penyebab Nyeri	9
2.2.4 Teori-Teori Nyeri	10
2.2.5 Klasifikasi Nyeri	11
2.2.6 Pengukuran Intensitas Nyeri	13
2.2.7 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri	15
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Dispepia.....	17
2.2.1 Pengkajia	18
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	19
2.3.3 Intervensi keperawatan.....	19
2.3.4 Implementasi	23

BAB 3 HASIL STUDI DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus	25
3.1.1 Pengkajian	25
3.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	27
3.1.3 Intervensi keperawatan.....	28
3.1.4 Implementasi	29
3.1.6 Evaluasi	30
3.2 Pembahasan.....	32
3.2.1 Pengkajian	32
3.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	33
3.2.3 Intervensi keperawatan.....	34
3.2.4 Implementasi	34
3.2.5 Evaluasi	34
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	35

BAB 4 KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan.....	36
4.2 Saran.....	37

Daftar Pustaka

Lampiran

ABSTRAK

ANASTASIA SEDO BURAN : ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH KOMPREHENSIF PADA Tn. A. K. YANG MENDERITA SINDROM DISPEPSIA DI RUANG CENDANA RS BHAYANGKARA DRS. TITUS ULLY KUPANG

DI BIMBING OLEH

Roswita Victoria Rambu Roku, S.Kep, Ns, MSN

Dispepsia merupakan istilah yang digunakan untuk suatu sindrom yaitu kumpulan gejala atau keluhan yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati (daerah lambung), kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, dan perut terasa penuh..

Tujuan penelitian ini untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien Sindrom Dispepsia meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Metode yang digunakan metode wawancara dengan pendekatan studi kasus, yang dilakukan di Ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang yang dilaksanakan selama 4 hari, waktu dimulai sejak tanggal 13 Juli 2019 sampai dengan 16 Juli 2019. Subjek penelitian pasien Sindrom Dispepsia ini adalah Tn A. K, dengan teknik wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik pada sistem tubuh, serta studi dokumentasi.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 x 24 jam didapatkan pasien nyeri akut, belum teratasi.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Sindrom Dispepsia.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dispepsia merupakan istilah yang digunakan untuk suatu sindrom yaitu kumpulan gejala atau keluhan yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati (daerah lambung), kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, dan perut terasa penuh.

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 (Abdullah dan Gunawan, 2012).

Dispepsia menjadi keluhan klinis yang paling sering dijumpai dalam praktik klinik sehari-hari. Studi berbasis populasi tahun 2007, ditemukan adanya peningkatan prevalensi dispepsia fungsional sebesar 1,9% pada tahun 1988 naik menjadi 3,3% pada tahun 2003.

Di negara-negara barat, populasi orang dewasa yang dipengaruhi oleh dispepsia sekitar 14-38%, dengan 13-18% diantaranya memiliki resolusi spontan dalam satu tahun serta prevalensi yang stabil dari waktu ke waktu. Sebanyak 25% dari populasi Amerika Serikat dipengaruhi dispepsia setiap tahunnya, dan hanya sekitar 5% dari semua penderita mendatangi dokter pelayanan primer

Penelitian terhadap dispepsia fungsional di beberapa negara di Asia juga menunjukkan prevalensi yang cukup tinggi, yaitu di Cina sebanyak 69% dari 782 pasien dispepsia, di Hongkong 43% dari 1.353 pasien, di Korea 70% dari 476 pasien, dan Malaysia 62% dari 210 pasien (Muya et al., 2015). Data Profil Kesehatan Indonesia 2007 menunjukkan dispepsia sudah menempati peringkat ke – 10 untuk kategori penyakit terbanyak pasien rawat inap di rumah sakit tahun 2006 dengan jumlah pasien 34.029 atau sekitar 1,59%, dengan 60-70 % pasien dengan dispepsia

fungsional yang masuk ke bagian Gastroenterohepatologi berdasarkan data dari berbagai rumah sakit di Indonesia (Andre dkk, 2013 : Cahyono dkk, 2014).

Menurut Badan Pusat Statistik Provinsi Nusa Tenggara Timur Dispepsia berada di urutan ke 3 dari 10 penyakit terbanyak di Provinsi Nusa Tenggara Timur dari tahun 2010-2014 dengan jumlah kasus 3.072 dan presentase 7,94%. Di Rumah Sakit Bhayangkara jumlah kasus Dispepsia dari Januari tahun 2018 s/d Juli 2019 sebanyak 136 kasus. Laki-laki 66 kasus dan perempuan 70 kasus.. Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Sindrom Dispepsia.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Tn. Sindrom Dispepsia RS Bhayangkara Drs. Titus Ully Kupang.

1.2.2. Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Tn. A. K di RS Bhayangkara Drs. Titus Ully Kupang.
2. Mampu menegakkan diagnose keperawatan pada pasien Tn. A. K di RS Bhayangkara Drs. Titus Ully Kupang.
3. Mampu membuat perencanaan keperawatan pada pasien Tn. A. K di RS Bhayangkara Drs. Titus Ully Kupang.
4. Mampu melaksanakan tindakan pada pasien Tn. A. K di RS Bhayangkara Drs. Titus Ully Kupang.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. A. K di RS Bhayangkara Drs. Titus Ully Kupang.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Bagi profesi keperawatan

Studi Kasus ini dapat digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan Perawat dalam meningkatkan profesionalisme dalam memberi asuhan keperawatan

dengan Sindrom Dispepsia guna terwujudnya mutu pelayanan yang berkualitas. Meningkatkan profesionalisme dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Sindrom Dispepsia guna terwujudnya mutu pelayanan yang berkualitas.

1.3.2 Bagi institusi

Studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan pustaka atau referensi dalam Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Sindrom Dispepsia.

1.3.3 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pngalaman belajar dan meningkatkan pengetahuan serta keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien, khususnya pasien dengan bronchopneumonia, juga dapat menjadi acuan bagi penliti selanjutnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan komprehensif serta mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori Sindrom Dispepsia

2.1.1 Defenisi

Dispepsia merupakan istilah yang digunakan untuk suatu sindrom (kumpulan gejala atau keluhan) yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati (daerah lambung), kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, dan perut terasa penuh. Keluhan ini tidak selalu ada pada setiap penderita. Bahkan pada seorang penderita, keluhan tersebut dapat berganti atau bervariasi, baik dari segi jenis keluhan maupun kualitas keluhan. Jadi, dispepsia bukanlah suatu penyakit, melainkan merupakan kumpulan gejala ataupun keluhan yang harus dicari penyebabnya (Sofro dan Anurogo, 2013).

2.1.2 Etiologi

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 (Abdullah dan Gunawan, 2012). Faktor-faktor yang menyebabkan dispepsia adalah:

1. Gangguan pergerakan (motilitas) piloroduodenal dari saluran pencernaan bagian atas (esofagus, lambung dan usus halus bagian atas).
2. Menelan terlalu banyak udara atau mempunyai kebiasaan makan salah (mengunyah dengan mulut terbuka atau berbicara).
3. Menelan makanan tanpa dikunyah terlebih dahulu dapat membuat lambung terasa penuh atau bersendawa terus.
4. Mengonsumsi makanan/minuman yang bisa memicu timbulnya dispepsia, seperti minuman beralkohol, bersoda (soft drink), kopi. Minuman jenis ini dapat mengiritasi dan mengikis permukaan lambung.

5. Obat penghilang nyeri seperti Nonsteroid Anti Inflammatory Drugs(NSAID) misalnya aspirin, Ibuprofen dan Naproven (Rani, 2011).
6. Pola makan
7. Di pagi hari kebutuhan kalori seseorang cukup banyak sehingga bila tidak sarapan, lambung akan lebih banyak memproduksi asam. Tuntutan pekerjaan yang tinggi, padatnya lalu lintas, jarak tempuh rumah dan kantor yang jauh dan persaingan yang tinggi sering menjadi alasan para profesional untuk menunda makan (Rani, 2011).

Faktor diet dan sekresi cairan asam lambung merupakan penyebab timbulnya dispepsia (Djojoningrat, 2009). Penelitian Khotimah pada 74 mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi sindrom dispepsia menyatakan bahwa salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian sindrom dispepsia adalah keteraturan makan dan jeda antara waktu makan (Khotimah, 2012). Jeda antara waktu makan merupakan penentu pengisian dan pengosongan lambung. Jeda waktu makan yang baik yaitu berkisar antara 4-5 jam (Iping, 2004) Fungsi dari cairan asam lambung adalah untuk mencerna makanan yang masuk ke lambung dan merubah makanan tersebut menjadi massa kental (khimus), membantu proses pencernaan makanan yang telah di mulai dari mulut. Cairan asam lambung merupakan cairan yang bersifat iritatif dan asam (Sherwood, 2011). Suasana yang sangat asam di dalam lambung dapat membunuh organisme patogen yang tertelan atau masuk bersama dengan makanan. Namun, bila barrier lambung telah rusak, maka suasana yang sangat asam di lambung akan memperberat iritasi pada dinding lambung (Herman, 2004). Produksi asam lambung berlangsung terus-menerus sepanjang hari dan bilamana tidak adanya makanan yang masuk untuk diproses maka asam lambung tersebut merusak alat pencernaan sehingga terjadi sindrom dispepsia (Ganong, 2008).

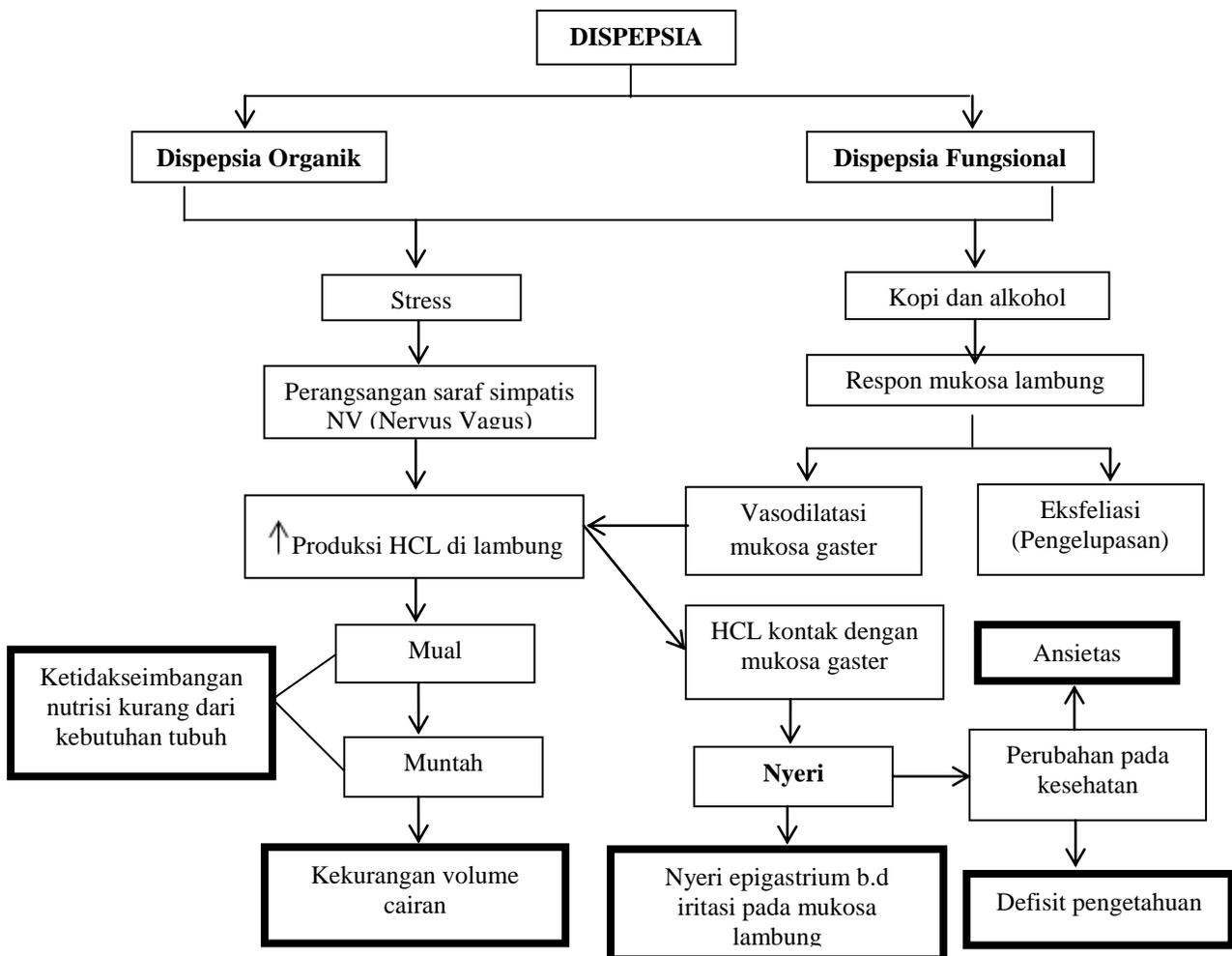
Menurut Hapalahti (2004) dalam Susanti (2011) ditemukan ada pengaruh pola makan terhadap dispepsia. Pola makan yang tidak teratur mungkin menjadi predisposisi untuk gejala gastrointestinal yang menghasilkan hormon-hormon

gastrointestinal yang tidak teratur sehingga akan mengakibatkan terganggunya motilitas gastrointestinal

2.1.3 Patofisiologi

Perubahan pola makan yang tidak teratur, obat-obatan yang tidak jelas zat-zat seperti nikotin dan alkohol serta adanya kondisi kejiwaan stress, pemasukan makanan menjadi kurang sehingga lambung akan kosong, kekosongan lambung dapat mengakibatkan erosi pada lambung akibat gesekan antara dinding-dinding lambung, kondisi demikian dapat mengakibatkan peningkatan produksi HCL yang akan merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung, sehingga rangsangan di medulla oblongata membawa impuls muntah sehingga intake tidak adekuat baik makanan maupun cairan.

2.1.4 Pathway



2.1.5 Manifestasi Klinis

- a. Nyeri perut (abdominal discomfort)
- b. Rasa perih di ulu hati
- c. Mual, kadang-kadang sampai muntah
- d. Nafsu makan berkurang
- e. Rasa lekas kenyang
- f. Perut kembung
- g. Rasa panas di dada dan perut
- h. Regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba)

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Berbagai macam penyakit dapat menimbulkan keluhan yang sama, seperti halnya pada sindrom dispepsia, oleh karena dispepsia hanya merupakan kumpulan gejala dan penyakit disaluran pencernaan, maka perlu dipastikan penyakitnya. Untuk memastikan penyakitnya, maka perlu dilakukan beberapa pemeriksaan, selain pengamatan jasmani, juga perlu diperiksa : laboratorium, radiologis, endoskopi, USG, dan lain-lain.

1. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium perlu dilakukan lebih banyak ditekankan untuk menyingkirkan penyebab organik lainnya seperti: pankreatitis kronik, diabetes mellitus, dan lainnya. Pada dispepsia fungsional biasanya hasil laboratorium dalam batas normal.

2. Radiologis

Pemeriksaan radiologis banyak menunjang dignosis suatu penyakit di saluran makan. Setidak-tidaknya perlu dilakukan pemeriksaan radiologis terhadap saluran makan bagian atas, dan sebaiknya menggunakan kontras ganda.

3. Endoskopi (Esofago-Gastro-Duodenoskopi)

Sesuai dengan definisi bahwa pada dispepsia fungsional, gambaran endoskopinya normal atau sangat tidak spesifik.

4. USG (Ultrasonografi)

Merupakan diagnostic yang tidak invasif, akhir-akhir ini makin banyak dimanfaatkan untuk membantu menentukan diagnostik dari suatu penyakit, apalagi alat ini tidak menimbulkan efek samping, dapat digunakan setiap saat dan pada kondisi klien yang beratpun dapat dimanfaatkan

2.1.1 Penatalaksanaan

Berdasarkan Konsensus Nasional Penanggulangan *Helicobacter pylori* 1996, ditetapkan skema penatalaksanaan dispepsia, yang dibedakan bagi sentral kesehatan dengan tenaga ahli (gastroenterolog atau internis) yang disertai fasilitas endoskopi dengan penatalaksanaan dispepsia di masyarakat.

Berikut skema penatalaksanaan pasien dispepsia di masyarakat

2.2 Konsep Teori Aman Nyaman Nyeri

2.2.1 Pengertian Nyeri

Nyeri (Pain) adalah kondisi yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengeskusasi rasa nyeri yang dialaminya (hidayat, 2008). International association for Study of Pain (IASP), mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat akut yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Potter & Perry, 2005).

Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti ditusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Judha, 2012).

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan sebagai akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial, yang meyakinkan tubuh serta diungkapkan oleh individu yang mengalaminya. Ketika suatu jaringan

mengalami cedera, atau kerusakan mengakibatkan dilepasnya bahan-bahan yang dapat menstimulus reseptor nyeri seperti serotonin, histamine, ion kalium, bradikinin, prostaglandin, dan substansi P yang akan mengakibatkan respon nyeri.

Defenisi keperawatan menyatakan bahwa nyeri adalah sesuatu yang menyakitkan tubuh yang diungkapkan secara subjektif oleh individu yang mengalaminya. Nyeri dianggap nyata meskipun tidak ada penyebab fisik atau sumber yang dapat diidentifikasi. Meskipun beberapa sensasi nyeri dihubungkan dengan status mental atau status psikologis, pasien secara nyata merasakan sensasi nyeri dalam banyak hal dan tidak hanya membayangkannya. Kebanyakan sensasi nyeri adalah akibat dari stimulasi fisik dan mental atau stimuli emosional (Potter Perry, 2005).

2.2.2 Sifat Nyeri

Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. menemukan empat atribut pasti untuk pengalaman nyeri, yaitu: nyeri bersifat individu, tidak menyenangkan, merupakan suatu kekuatan yang mendominasi, bersifat tidak berkesudahan (Andarmoyo, 2013, hal.17). Menurut Caffery (1980), nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa dia merasa nyeri. Apabila seseorang merasa nyeri, maka perilakunya akan berubah (Potter, 2006).

2.1.3 Penyebab Nyeri

1. Trauma
 - a. Mekanik
 - b. Rasa nyeri timbul akibat ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan, misalnya akibat benturan, gesekan, luka, dan lain-lain.
 - c. Panas
 - d. Nyeri timbul karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, misal karena api dan air.
 - e. Kimiawi
 - f. Timbul karena kontak dengan zat kimia yang bersifat asam atau basa kuat.

g. Elektrik

Timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar.

2. Neoplasma

a. Jinak

b. Ganas

3. Peradangan

Nyeri terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan. Misalnya : abses

4. Gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah

5. Trauma Psikologi

Nyeri yang disebabkan psikologis merupakan nyeri yang dirasakan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap psikis.

2.1.4 Teori-Teori Nyeri

1. Teori Spesivitas (*SpecivicityTheory*)

Teori spesivitas ini diperkenalkan oleh Descartes, teori ini menjelaskan bahwa nyeri berjalan dari reseptor-reseptor nyeri yang spesifik melalui jalur neuroanatomik tertentu kepusat nyeri di otak (Andarmoyo, 2013).

Teori spesivitas ini tidak menunjukkan karakteristik multidimensi dari nyeri, teori ini hanya melihat nyeri secara sederhana yakni paparan biologis tanpa melihat variasi dari efek psikologis individu (Prasetyo, 2010).

2. Teori Pola (*Pattern theory*)

Teori pola diperkenalkan oleh Goldscheider pada tahun 1989, teori ini menjelaskan bahwa nyeri di sebabkan oleh berbagai reseptor sensori yang di rangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini merupakan akibat dari stimulasi reseptor yang menghasilkan pola dari implus saraf (Andarmoyo, 2013) Pada sejumlah *causalgia*, nyeri pantom dan neuralgia, teori pola ini bertujuan untuk menimbulkan rangsangan yang kuat yang mengakibatkan berkembangnya gaung secara terus menerus pas *spinal cord* sehingga saraf transmisi nyeri bersifat

hypersensitif yang mana rangsangan dengan intensitas rendah dapat menghasilkan transmisi nyeri (Lewis, 1983 dalam Andarmoyo, 2013).

3. Teori Pengontrol Nyeri (*Theory Gate Control*)

Teori gate control dari Melzack dan Wall (1965) menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur dan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat, dimana impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup (Andarmoyo, 2013)

4. *Endogenous Opiat Theory*

Teori ini dikembangkan oleh Avron Goldstein, ia mengemukakan bahwa terdapat substansi seperti opiat yang terjadi selama alami didalam tubuh, substansi ini disebut endorphine (Andarmoyo, 2013).

Endorphine mempengaruhi transmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri. Endorphine kemungkinan bertindak sebagai neurotransmitter maupun neuromodulator yang menghambat transmisi dari pesan nyeri (Andarmoyo, 2013).

2.1.5 Klasifikasi Nyeri

1. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo, 2010)

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu, Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (McCaffery, 1986 dalam Potter&Perry, 2005).

Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan,

karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Jadi nyeri ini biasanya dikaitkan dengan kerusakan jaringan (Guyton & Hall, 2008). Nyeri kronik mengakibatkan supresi pada fungsi sistem imun yang dapat meningkatkan pertumbuhan tumor, depresi, dan ketidakmampuan.

2. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

a. Nyeri Nosisseptif

Nosisseptif berasal dari kata “*noxsiius/harmful nature*” dan dalam hal ini ujung saraf nosisseptif, menerima informasi tentang stimulus yang mampu merusak jaringan. Nyeri nosisseptif bersifat tajam, dan berdenyut (Potter Perry, 2005). Nyeri nosisseptif merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitivitas nosisseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus naxious (Andarmoyo, 2013).

b. Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral, nyeri ini lebih sulit diobati (Andarmoyo, 2013). Nyeri Neuropatik mengarah pada disfungsi di luar sel saraf. Nyeri neuropatik terasa seperti terbakar, kesemutan dan hipersensitif terhadap sentuhan atau dingin. Nyeri spesifik terdiri atas beberapa macam, antara lain nyeri somatik, nyeri yang umumnya bersumber dari kuli dan jaringan di bawah kulit (*superficial*) pada otot dan tulang.

Macam lainnya adalah nyeri menjalar (*referred pain*) yaitu nyeri yang dirasakan di bagian tubuh yang jauh letaknya dari jaringan yang menyebabkan rasa nyeri, biasanya dari cedera organ visceral. Sedangkan nyeri visceral adalah nyeri yang berasal dari bermacam-macam organ viscera dalam abdomen dan dada (Guyton & Hall, 2008).

3. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

a. Supervisial atau kutaneus

Nyeri Supervisial adalah nyeri yang disebabkan stimulus kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan berlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai

sensasi yang tajam (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013). Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

b. *Viseral Dalam*

Nyeri visceral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013). Nyeri ini bersifat difusi dan dapat menyebar keberapa arah. Nyeri ini menimbulkan rasa tidak menyenangkan dan berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. Contohnya sensasi pukul (*crushing*) seperti angina pectoris dan sensasi terbakar seperti pada ulkus lambung.

c. *Nyeri Alih (Referred Pain)*

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri visceral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Karakteristik nyeri dapat terasa dibagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013). Contohnya nyeri yang terjadi pada *infark miokard*, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, batu empedu, yang mengalihkan nyeri ke selangkangan.

d. *Radiasi*

Nyeri radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013).

Karakteristik nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang ke bagian tubuh. Contoh nyeri punggung bagian bawah akibat diskusi intervertebral yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik.

2.1.6 Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda (Andarmoyo, 2013).

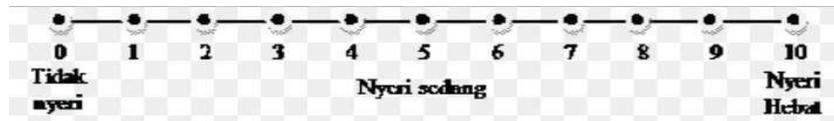
Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan pendekatan objektif juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007 dalam Andarmoyo, 2013).

1. Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana



Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor scale, VDS) merupakan pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Pendeskripsian VDS diranking dari “tidak nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan” (Andarmoyo, 2013). Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Alat ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri (Andarmoyo, 2013).

2. Skala Intensitas Nyeri Numerik



Sumber : (Andarmoyo,S. (2013). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri, Jogjakarta:Ar-Ruzz.)

Skala penilaian numeric (*Numerical rating scale*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi (Andarmoyo, 2013).



3. Skala Intensitas Wong-Baker Faces Pain Rating Sca

Sumber: (Andarmoyo, S. (2013). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri, Jogjakarta: Ar-Ruzz.)

Penilaian Skala nyeri dari kiri dan kanan :

- Wajah Pertama : sangat senang karena tidak merasa sakit sama sekali
- Wajah Kedua : Sakit hanya sedikit
- Wajah Ketiga : Sedikit lebih sakit
- Wajah Keempat : Jauh lebih sakit
- Wajah Kelima : Jauh sangat lebih sakit
- Wajah Keenam : Luar biasa sangat sakit sampai menangis

4. Skala Intensitas Nyeri dari FLACC

Skala FLACC merupakan alat pengkajian nyeri yang dapat digunakan pada pasien yang secara non verbal yang tidak dapat melaporkan nyerinya (Judha, 2012).

Tabel 1 Skala Intensitas Nyeri dari FLACC

Kategori	Skor		
	0	1	2
Muka	Tidak ada ekspresi atau senyuman tertentu, tidak mencari perhatian.	Wajah cemberut, dahi mengkerut, menyendiri.	Sering dahi tidak konstan, rahang menegang, dagu gemetar
Kaki	Tidak ada posisi atau Rileks	Gelisah, resah dan menegang	Menendang
Aktivitas	Berbaring, posisi normal, mudah bergerak	Menggeliat, menaikkan punggung dan maju, menegang	Meneku, kaku atau menghentak
Menangis	Tidak menangis	Merintih atau merengek, kadangkadang mengeluh	Menangis keras, sedu sedan, sering mengeluh

Hiburan	Rileks	Kadang-kadang hati tentra dengan seentuhan, memeluk, berbicara untuk mengalihkan perhatian	Kesulitan untuk menghibur atau kenyamanan
Total Skor	0 – 10		

Intensitas nyeri dibedakan menjadi lima dengan menggunakan skala numerik yaitu :

1. 0 : Tidak Nyeri
2. 1-2 : Nyeri Ringan
3. 3-5 : Nyeri Sedang
4. 6-7 : Nyeri Berat
5. 8-10 : Nyeri yang tidak tertahankan (Judha, 2012)

2.1.7 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri (Potter & Perry, 2006) adalah :

1. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Kemampuan klien lansia untuk menginterpretasikan nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit disertai gejala samar-samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang sama.

2. Jenis kelamin

Jenis kelamin secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin. Misalnya, menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

3. Kebudayaan

Kebudayaan, keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri.

4. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Apabila rasa cemas tidak mendapat perhatian maka rasa cemas dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius. Nyeri yang tidak cepat hilang akan menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian.

5. Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman sebelumnya, pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Keletihan dapat meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah mengalami suatu periode tidur yang lelap dibandingkan pada akhir yang melalahkan.

6. Kelelahan

Keletihan dapat meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap dibandingkan pada akhir yang melelahkan

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Dispepsia Sindrom

2.3.1 Pengkajian

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 di dada dan perut, regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba). (Mansjoer, 2000).

Menurut Tucker (1998), pengkajian pada klien dengan dispepsia adalah sebagai berikut:

1. Keluhan Utama

Nyeri/pedih pada epigastrium disamping atas dan bagian samping dada depan epigastrium, mual, muntah dan tidak nafsu makan, kembung, rasa kenyang

2. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Sering nyeri pada daerah epigastrium, adanya stress psikologis, riwayat minum-minuman beralkohol

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah anggota keluarga yang lain juga pernah menderita penyakit saluran pencernaan

4. Pola aktivitas

Pola makan yaitu kebiasaan makan yang tidak teratur, makan makanan yang merangsang selaput mukosa lambung, berat badan sebelum dan sesudah sakit.

5. Aspek Psikososial

Keadaan emosional, hubungan dengan keluarga, teman, adanya masalah interpersonal yang bisa menyebabkan stress

6. Aspek Ekonomi

Jenis pekerjaan dan jadwal kerja, jarak tempat kerja dan tempat tinggal, hal-hal dalam pekerjaan yang mempengaruhi stress psikologis dan pola makan

7. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik head to toe

- a. Kulit

Kulit tampak simetris, kebersihan kulit baik, kulit teraba agak lembab, tidak terdapat lesi atau luka pada kulit, turor kulit kembali \pm 2 detik, kulit teraba hangat dengan suhu 38°C, warna kulit kuning langsat.

- b. Kepala dan Leher

Tekstur kepala dan leher tampak simetris, kebersihan kulit kepala baik tidak terapat ketombe, persebaran rambut merata, warna rambut hitam, tidak ada benjolan pada kepala, pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, leher dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri.

c. Penglihatan dan Mata

Struktur mata tampak simetris, kebersihan mata baik (tidak ada secret yang menempel pada mata), konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada kelainan pada mata seperti strabismus (juling), mata dapat digerakan kesegala arah, tidak ada kelainan dalam penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata

d. Penciuman dan Hidung

Struktur hidung tampak simetris, kebersihan hidung baik, tidak ada secret didalam hidung, tidak ada peradangan, perdarahan, dan nyeri, fungsi penciuman baik (dapat membedakan bau minyak kayu putih dengan alkohol)

e. Pendengaran dan Telinga

Struktur telinga simetris kiri dan kanan, kebersihan telinga baik, tidak ada serumen yang keluar, tidak ada peradangan, perdarahan, dan nyeri, klien mengatakan telinganya tidak berdengung, fungsi pendengaran baik (klien dapat menjawab pertanyaan dengan baik tanpa harus mengulang pertanyaan), klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

f. Mulut dan Gigi

Struktur mulut dan gigi tampak simetris, mukosa bibir tampak kering, kebersihan mulut dan gigi cukup baik, tidak terapat peradangan dan perdarahan pada gusi, lidah tampak bersih dan klien tidak menggunakan gigi palsu.

g. Dada, Pernafasan dan Sirkulasi

Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20x/menit, tidak ada nyeri tekan pada dada, klien bernafas melalui hidung, tidak ada terdengar bunyi nafas tambahan seperti wheezing atau ronchi, CRT kembali \pm 3 detik.

h. Abdomen

Struktur abdomen simetris, abdomen tampak datar(tidak ada benjolan), saat diperkusi terdengar bunyi hipertimpani. Klien mengatakan perutnya terasa kembung, saat dipalpasi terdapat nyeri tekan, klien mengatakan nyeri di daerah abdomen pada bagian atas. Klien mengatakan skala nyerinya 3 dan seperti disuk-tusuk, serta nyerinya bisa berjam-jam.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges (2001) bahwa diagnosa keperawatan yang lazim timbul pada klien dengan dispepsia.

1. Nyeri epigastrium berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung.
2. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan rasa tidak enak setelah makan, anoreksia.
3. Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan adanya mual, muntah
4. Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatannya

2.2.3 Intervensi Keperawatan

1. Nyeri epigastrium berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung

Goal : Pasien dapat mengontrol nyeri selama dalam proses keperawatan

Objektif: Nyeri pasien akan berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil :

1. Melaporkan nyeri berkurang atau hilang
2. Frekuensi nyeri berkurang
3. Lamanya nyeri berlangsung
4. Ekspresi wajah saat nyeri
5. Posisi tubuh melindungi

Intervensi :

- a) Kaji tingkat nyeri, beratnya (skala 0-10).

Rasional : Berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan

- b) Berikan istirahat dengan posisi semifowler

Rasional : Dengan posisi semi-fowler dapat menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi telentang

- c) Anjurkan klien untuk menghindari makanan yang dapat meningkatkan kerja asam lambung

Rasional :

Mencegah terjadinya perih pada ulu hati/epigastrium

- d) Observasi TTV tiap 24 jam

Rasional :

Sebagai indikator untuk melanjutkan intervensi berikutnya

- e) Diskusikan dan ajarkan teknik relaksasi

Rasional :

Mengurangi rasa nyeri atau dapat terkontrol

- f) Kolaborasi dengan pemberian obat analgesik

Rasional :

Menghilangkan rasa nyeri dan mempermudah kerjasama dengan intervensi terapi lain

2. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan rasa tidak enak setelah makan, anoreksia.

Goal :

Pasien dapat mempertahankan keseimbangan nutrisi selama dalam perawatan

Objektif: Nutrisi pasien akan seimbang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil :

Kriteria Hasil :

- a. Asupan nutrisi meningkat
- b. Pasien tidak mengalami hidrasi
- c. Berat badan mengalami peningkatan
- d. Asupan makanan tercukupi.

Intervensi :

1. Pantau dan dokumentasikan dan haluaran tiap jam secara adekuat.

Rasional :

Untuk mengidentifikasi indikasi/perkembangan dari hasil yang diharapkan

2. Timbang BB klien

Rasional :

Membantu menentukan keseimbangan cairan yang tepat meminimalkan anoreksia.

3. Berikan makanan sedikit tapi sering

Rasional :

Mengurangi iritasi gaster

4. Catat status nutrisi pasien: turgor kulit, timbang berat badan, integritas mukosa mulut, kemampuan menelan, adanya bising usus, riwayat mual/muntah atau diare.

Rasional : Berguna dalam mendefinisikan derajat masalah dan intervensi yang tepat

5. Kaji pola diet yang disukai/ tidak disukai

Rasional :

Membantu intervensi kebutuhan yang spesifik, meningkatkan intake diet klien.

3. Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan adanya mual, muntah

Goal :

Klien akan mempertahankan keseimbangan cairan selama dalam perawatan

Intervensi :

1. Awasi tekanan darah dan nadi, pengisian kapiler, status membran mukosa, turgor kulit

Rasional :

Indikator keadekuatan volume sirkulasi perifer dan hidrasi seluler

2. Awasi jumlah dan tipe masukan cairan, ukur haluaran urine dengan akurat

Rasional :

Klien tidak mengkonsumsi cairan sama sekali mengakibatkan dehidrasi atau mengganti cairan untuk masukan kalori yang berdampak pada keseimbangan elektrolit

3. Diskusikan strategi untuk menghentikan muntah dan penggunaan laksatif/diuretic

Rasional :

Membantu klien menerima perasaan bahwa akibat muntah dan atau penggunaan laksatif/diuretik mencegah kehilangan cairan lanjut

4. Identifikasi rencana untuk meningkatkan/mempertahankan keseimbangan cairan optimal misalnya : jadwal masukan cairan

Rasional :

Melibatkan klien dalam rencana untuk memperbaiki keseimbangan untuk berhasil

5. Berikan/awasi hiperalimentasi IV

Rasional :

Tindakan darurat untuk memperbaiki ketidak seimbangan cairan elektrolit

4. Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatannya

Goal :

Klien tidak merasakan cemas selama dalam proses perawatan

Intervensi :

1. Kaji tingkat kecemasan

Rasional :

Mengetahui sejauh mana tingkat kecemasan yang dirasakan oleh klien sehingga memudahkan dalam tindakan selanjutnya

2. Berikan dorongan dan berikan waktu untuk mengungkapkan pikiran dan dengarkan semua keluhannya

Rasional :

Klien merasa ada yang memperhatikan sehingga klien merasa aman dalam segala hal tindakan yang diberikan

3. Jelaskan semua prosedur dan pengobatan

Rasional :

Klien memahami dan mengerti tentang prosedur sehingga mau bekerjasama dalam perawatannya.

4. Berikan dorongan spiritual

Rasional :

Bahwa segala tindakan yang diberikan untuk proses penyembuhan penyakitnya, masih ada yang berkuasa menyembuhkannya yaitu Tuhan Yang Maha Esa.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada perawat untuk membuat klien dalam mencapai tujuan yang diharapkan oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemulihan (Nursalam,2001).

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah berhasil di capai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa data, perencanaan dan pelaksanaan tindakan. Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah direncanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Nursalam, 2001). Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

Pada Bab ini berisi tentang rincian studi kasus “Asuhan keperawatan pada Tn. A. K. dengan diagnose medik Sindrom Dispepsia di Ruang Cendana RS Bhayangkara Drs Titus Uly Kupang sejak tanggal 13-16 Juli 2019.

3.1.1 Pengkajian

Hasil dari pengkajian yang didapat oleh penulis di ruangan Cendana 12, bed 1, RS Bhayangkara Drs Titus Uly Kupang, klien atas nama Tn. A. K, umur 33 tahun, agama Kristen protestan, pendidikan terakhir SMA, alamat airnona, pekerjaan petani, Jenis kelamin laki-laki, status belum menikah, suku bangsa sabu timor, nama penanggung jawab Ny. W. K, jenis kelamin perempuan, alamat Airnona, pekerjaan ibu rumah tangga, hubungan dengan klien ibu kandung klien.

Klien datang dengan keluhan nyeri di ulu hati dan perut dibagian bawah, \pm 1 minggu, mual dan muntah, keluhan lain yang menyertai adalah batuk dan nyeri seluruh tubuh. Nyeri tersebut bertambah saat klien terlambat makan dan berkurang saat klien istirahat/ tidur.. Klien mengatakan bahwa tidak pernah menderita penyakit seperti ini. klien tidak ada riwayat alergi dan tidak pernah operasi, kebiasaan merokok 1 hari bisa menghabiskan 3 batang rokok dan pasien mengonsumsi alkohol 1 botol serta pasien minum kopi 1 gelas/hari waktunya saat malam hari, pasien mengonsumsi obat ibuprofen 2x400 gr yang didapat dari RS Bhayangkara Drs Titus Uly Kupang.

Riwayat genogram/keturunan pasien memiliki 8 saudara kandung yang terdiri dari laki-laki 4 orang dan perempuan 4 orang orang, klien anak ke 8 dari 8 bersaudara dan diantara mereka sudah menikah semua terkecuali klien, ayah kandung sudah meninggal, dan klien tinggal bersama dengan ibu kandung. Diantara keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti yang Tn.A. K derita sekarang ini.

Dari hasil pemeriksaan fisik klien yaitu tanda – tanda vital TD : 110/80 mmHg, N: 79 kali/menit S :36,5⁰ c, RR: 18 kali/menit. Pemeriksaan kepala dan leher, klien mengatakan tidak ada sakit kepala, tidak pusing, penglihatan normal, konjungtiva anemis, sclera merah muda, nyeri tidak ada, pendengaran baik, penciuman baik dan keadaan tenggorokan baik, tidak ada pembesaran kelenjar di leher. Sistem kardiovaskuler terasa nyeri didada bagian kanan, kesadaran komposmentis, bentuk dada normal, bibir normal, kuku normal, capillary reffil normal, tangan tidak ada edema, kaki tidak ada edema sendi tidak nyeri. Ictus cordis teraba, vena jugularis teraba, dan tidak ada pembesaran jantung.

Sistem respirasi klien normal, bentuk dada normal, jenis pernapasan normal, irama napas teratur, pasien tidak menggunakan alat bantu pernapasan, pada saat diperkusi tidak ada cairan dan tidak terdapat masa, pada saat auskultasi inspirasi dan ekspirasi normal.

Sistim pencernaan tidak ada keluhan. keadaan abdomen tidak ada kembung, bising usus normal 28x/menit, saat dipalpasi terdapat nyeri tekan di bagian perut bawah kanan.

Sistem persyarafan tidak ada keluhan, tingkat kesadaran composmentis GCS E;4 M;5 V;6, pupil sokor.

Sistem perkemihan tidak ada keluhan, pasien tidak menggunakan alat bantu kateter dll, intake cairan pasien terpasang infus NaCl.

Sistem endokrin tidak ada keluhan. Sistem reproduksi tidak ada keluhan.

Pola kegiatan sehari-hari nutrisi, pola makan 3x sehari, pasien mengatakan tidak bisa menghabiskan makanan yang disediakan, nafsu makan pasien menurun karena mual dan muntah. Banyaknya minum dalam sehari 8 gelas perhari BB sebelum sakit 87,8 kg TB 160cm, pasien merasa ada penurunan berat badan (sekitar 6,8kg) Selama sakit perubahan selama sakit pola makan semakin menurun.

Eliminasi kebiasaan dalam sehari Buang air kecil 1-2x/hari warna kuning, sedangkan perubahan selama sakit 1-2x/hari. BAB 1x/hari. Olah raga dan aktivitas pasien tidak ada.

Istirahat dan tidur : Tidur malam jam 22:00, bangun jam 07:00, tidur siang jam 13:00 bangun jam 14:00.

Pola interaksi social : orang penting/terdekat dari klien ; ibu kandung dan keluarga. Keadaan rumah dan lingkungan; baik.

Status rumah; rumah sendiri, cukup, tidak ada kebisingan, tidak ada kebanjiran. Ketika pasien mempunyai masalah pasien membicarakan masalahnya pada orang yang dekat dan orang yang bisa dipercayai yaitu ibu kandung. Ketika ada masalah dalam keluarga pasien dan keluarga saling bertukar pendapat dan saling mendengarkan satu sama lain.

Kegiatan keagamaan : Ketaatan menjalankan ibadah pasien selama sakit tidak dapat melakukan kegiatan ibadah seperti pergi ke gereja dan doa Rosario. Pasien hanya dapat berdoa dengan keluarga di rumah sakit saja. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan pada waktu sebelum sakit pasien selalu mengikuti kegiatan keagamaan sedangkan selama sakit pasien tidak terlibat dalam kegiatan keagamaan.

Keadaan psikologis selama sakit : Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : pasien mengatakan ia ingin segera sembuh, persepsi klien terhadap keadaan kesehatan lainnya, pasien menerima penyakit yang di deritanya dan ia percaya bahwa selama dalam perawatan di RS Bayangkara Kota Kupang, pasien dapat sembuh dan bisa pulang ke rumah. Pasien juga mengatakan bahwa pola komunikasi dengan tenaga kesehatan baik-baik saja.

3.1.2 Diagnosa keperawatan

Diagnose keperawatan ditegakkan berdasarkan hasil pengumpulan data maka dapat ditegakkan beberapa masalah keperawatan. adapun masalah keperawatan yang dialami klien berdasarkan hasil pengumpulan data

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

Data subjektif (DS): pasien mengatakan nyeri pada dada kanan seperti tertusuk-tusuk tembus hingga kebelakang.

Data objektif : saat kaji pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri P, Q, R, S, T Yaitu P : nyeri timbul saat pasien mengkonsumsi alkohol, Q : nyeri seperti

ditusuk- tusuk, R : ulu hati, dada sebelah kanan tembus hingga belakang, S: dengan skala nyeri 4 (Nyeri bisa terkontrol), T : nyerinya sekitar 1-5 menit.

Saat dipalpasi juga terdapat nyeri tekan di bagian abdomen kanan bawah.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

DS: pasien mengatakan tidak nafsu makan, dan tidak dapat menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang disediakan.

DO: saat di kaji pasien mengalami penurunan berat badan sebanyak 6,8 kg, dari 87,8 kg menurun hingga 81kg. saat dipalpasi pasien mengalami nyeri tekan di abdomen sebelah kanan bawah.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dan proses keperawatan, setelah penegakkan diagnosa

1. Untuk diagnosa 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Goal : Pasien dapat mengontrol nyeri selama dalam proses keperawatan, Objektif : setelah di lakukan asuhan keperawatan selama dalam perawatan nyeri pasien akan berkurang dengan kriteria hasil yang diharapkan adalah skala nyeri berkurang, pasien mampu mengontrol nyeri, pasien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, tanda vital dalam rentang normal, tidak mengalami gangguan tidur. Intervensi : 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. 4) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 5) Kurangi faktor presipitasi nyeri. 6) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 7) Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin. 8) Tingkatkan istirahat. 9) Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri. 10) Berkolaborasi dengan memberikan analgetik

2. Untuk diagnosa 2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan. Goal : nutrisi pasien akan seimbang selama dalam perawatan. Kriteria Hasil : Setelah di lakukan asuhan keperawatan

selama perawatan di harapkan nutrisi pasien akan seimbang. Dengan kriteria hasil: Nafsu makan pasien meningkat, pasien dapat menghabiskan makanannya sesuai porsi yang diberikan, berat badan pasien kembali normal, nyeri abdomen berkurang. Intervensi : 1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien gejala. 2) Monitor mual dan muntah. 3) Monitor turgor kulit. 4) Monitor lingkungan selama makan. 5) Monitor BB klien. 6) Anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. 7) Anjurkan keluarga untuk memberikan makanan favorit pasien

3.1.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan pada Tn. A. K sesuai dengan intervensi yang telah di buat sebelumnya :

Hari pertama di lakukan yaitu pada tanggal 13 juli 2019 yaitu : Diagnosa Keperawatan 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Implementasi : jam 07.30 Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah : 110/80 mmHg, Pernapasan : 18 x/ menit, Nadi : 79 x/ menit dan Suhu Tubuh : 36,5°C). 08.00 memberi posisi semi fowler. 08.15 mengajarkan dan menganjurkan pasien nafas dalam Jam 09.00 menganjurkan pasien menghindari makanan berminyak. Jam 10.00 mengkaji tingkat nyeri

Diagnosa keperawatan 2 : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan ketidakmampuan makan. Implementasi : jam 07.30 memantau makan pasien 08.30 Modifikasi lingkungan pasien 09.00 memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga agar menghindari makanan yang menjadi pantangan.

Implementasi hari ke dua dilaksanakan pada tanggal 14 juli 2019. Diagnosa keperawatan 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Implementasi : jam 07.30 Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah : 120/80 mmHg, Pernapasan : 20 x/ menit, Nadi : 70 x/ menit dan Suhu Tubuh : 37.1°C). 08.00 memberi posisi semi fowler. 08.30 mengajarkan dan menganjurkan pasien nafas dalam Jam 10.00 mengkaji tingkat nyeri

Diagnosa keperawatan 2 : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan. Implementasi : jam 07.30 Memantau makan pasien 08.30 Modifikasi lingkungan pasien 09.00 memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga agar menghindari makanan yang menjadi pantangan. Jam 10.30 Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering

Implementasi hari ke tiga dilaksanakan pada tanggal 15 Juli 2019. Diagnosa Keperawatan 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Implementasi : jam 07.30 Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah : 120/80 mmHg, Pernapasan : 17 x/ menit, Nadi : 82 x/ menit dan Suhu Tubuh : 36,8°C). 08.00 memberi posisi semi fowler. 08.15 Menganjurkan pasien nafas dalam. Jam 09.30 Menganjurkan pasien menghindari makanan berminyak. Jam 10.00 mengkaji tingkat nyeri

Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan. Implementasi : jam 07.00 memantau makan pasien 08.50 Modifikasi lingkungan pasien 09.00 10.00 mengontrol makan pasien

Implementasi hari ke empat dilaksanakan pada tanggal 16 Juli 2019. Diagnosa Keperawatan 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Implementasi : jam 07.30 Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah : 120/70 mmHg, Pernapasan : 18 x/ menit, Nadi : 79 x/ menit dan Suhu Tubuh : 36,6°C). 08.00 Aff infus. 08.15 memberikan pendidikan kesehatan yaitu agar pasien selalu mengontrol kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat, juga selalu gunakan teknik nafas dalam jika mengalami nyeri Jam 10.30 pasien pulang.

Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan. Implementasi : Jam 07.30 Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah : 120/70 mmHg, Pernapasan : 18 x/ menit, Nadi : 79 x/ menit dan Suhu Tubuh : 36,6°C). 08.00 Aff infus. 08.15 memberikan pendidikan kesehatan yaitu agar pasien selalu mengontrol kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat, juga selalu hindari makanan yang meningkatkan asam lambung seperti makanan berminyak, makanan pedas, makanan asam dll. Jam 10.30 pasien pulang.

3.1.5 Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai keberhasilan tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Tn. A. K dilakukan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif menggunakan evaluasi SOAP.

Hari pertama dilakukan yaitu pada tanggal 13 Juli 2019.

Untuk diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis: pukul 14.00 S: Pasien mengatakan nyeri di ulu hati dan nyeri di abdomen bagian bawah, O: Skala nyeri 4, A: Masalah belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa keperawatan 2 : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan: pukul 07.30 S: pasien mengatakan masih mual, muntah, dan tidak nafsu makan O: Nyeri tekan di abdomen saat dipalpasi, A: Masalah belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan

Hari kedua tanggal 14 Juli 2019

Untuk diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis: pukul 14.00 S: Pasien mengatakan nyeri di ulu hati dan nyeri di abdomen bagian bawah, O: Skala nyeri 4 keadaan umum lemah, A: Masalah belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 2 : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan : pukul 14.00 S: pasien mengatakan masih mual dan muntah, O: Nyeri tekan di abdomen saat dipalpasi, A: Masalah belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan

Hari ketiga tanggal 15 Juli 2019

Untuk diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis: pukul 14.00 S: Pasien mengatakan nyeri di ulu hati berkurang, O: Skala nyeri 3, keadaan umum lemah A: Masalah belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa keperawatan 2 : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh: pukul 14.00 S: pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah namun pasien

mengatakan masih tidak bisa menghabiskan porsi makanannya dan tidak nafsu makan, O: Nyeri di abdomen, A: Masalah teratasi sebagian, P: Intervensi dilanjutkan

Hari keempat tanggal 16 Juli 2019

Untuk diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis: pukul 14.00 S: Pasien mengatakan nyeri di ulu hati berkurang, namun masih terasa nyeri di dada sebelah kanan O: Skala nyeri 2, keadaan umum baik A: Masalah teratasi sebagian, P: Pasien pulang, memberikan pendidikan kesehatan yaitu : untuk terus kontrol mengenai nyerinya ke fasilitas kesehatan, melakukan latihan nafas dalam atau teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, dan istirahat yang cukup.

Diagnosa keperawatan 2 : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh: pukul 14.00 S: pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah, pasien mengatakan sudah bisa menghabiskan porsi makanannya namun pasien masih merasa tidak nafsu makan, O: Nyeri di abdomen berkurang, A: Masalah teratasi sebagian, P: Pasien memberikan pendidikan kesehatan yaitu agar pasien selalu mengontrol kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat, juga selalu hindari makanan yang meningkatkan asam lambung seperti makanan berminyak, makanan pedas, makanan asam dll.

3.2 Pembahasan

Penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan pada studi kasus asuhan keperawatan Tn. A. K dengan penyakit sindrom dispepsia di ruangan Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang. Dispepsia adalah suatu istilah yang merujuk pada gejala abnormal di perut bagian atas. Istilah ini biasa pula digunakan untuk menerangkan berbagai keluhan yang dirasakan di abdomen bagian atas. Diantaranya adalah rasa nyeri ataupun rasa terbakar di daerah epigastrium (ulu hati), perasaan penuh atau rasa bengkak di perut bagian atas, sering sendawa, mual, ataupun rasa cepat kenyang. Dispepsia sering juga dipakai sebagai sinonim dari gangguan pencernaan (Herman, 2004)\

3.2.1 Pengkajian

Tahap pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang merupakan dasar dari kegiatan selanjutnya, yang di laksanakan dengan menggunakan pendekatan sistematis dalam mengumpulkan data dan menganalisisnya sehingga dapat di ketahui kebutuhan klien sesuai dengan masalah yang ada (Nursalam, 2016).

Data dasar pasien adalah kumpulan data yang di kaji tentang pasien. Data dasar terdiri dari riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan diagnostik. Data subyektif adalah apa yang di laporkan oleh pasien atau keluarga pasien. Data obyektif adalah data yang diobservasi oleh perawat pada saat pengkajian, contohnya : tanda-tanda vital, tingkah laku dan pemeriksaan diagnostik (Notoadmodjo, 2013).

Dalam pengkajian Tn. A. K penulis menggunakan metode wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Metode wawancara adalah sebuah dialog yang di lakukan anatara pewawancara dan narasumber. Dalam metode ini, penulis tidak menemukan hambatan yang berarti selama melakukan wawancara, Tn. A. K dan keluarganya dapat menjawab pertanyaan dengan baik. Metode lain yang di gunakan dalam mengumpulkan data adalah observasi. Metode observasi adalah suatu metode yang di lakukan dengan mengamati reaksi pasien baik verbal maupun nonverbal terhadap penyakitnya. Pada metode observasi, melalui hasil pengamatan yang telah di lakukan pada pengkajian, penulis menemukan pada kasus Tn. A. K adanya nyeri pada bagian dada sebelah kanan, ulu hati dan nyeri abdomen kanan bawah. Selain observasi ada juga metode pemeriksaan fisik yang di lakukan dengan cara Inspeksi, Palpasi, perkusi dan auskultasi.

Pada saat pengkajian tanggal 13 Juli 2019, keluhan utama pasien adalah nyeri pada bagian dada sebelah kanan, ulu hati dan nyeri abdomen kanan bawah. Kondisi ini disebabkan karna mengkonsumsi kopi dan alkohol yang berlebihan mengakibatkan repon mukosa lambung dan vasodilatasi mukosa gaster sehingga meningkatkan produksi HCL di lambung, HCL kontak dengan mukosa gaster terjadilah iritasi pada mukosa lambung sehingga mengakibatkan nyeri.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Kegiatan yang di lakukan pada diagnosa keperawatan ini adalah memvalidasi data, mengoreksi data dan mengelompokkan data, mengidentifikasi data dari kelompok data dan merumuskan diagnosa.

Secara teori diagnosa yang umumnya muncul pada pasien dengan sindrom dispepsia adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, kekurangan volume cairan, nyeri epigastrium berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung, ansietas dan deficit pengetahuan. Namun pada kasus sindrom dispepsia yang dialami oleh Tn. A. K penulis mengambil diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berdasarkan hasil pengkajian yang di dapatkan.

3.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perencanaan asuhan keperawatan untuk pasien sesuai dengan diagnosa yang di tegakkan sehingga kebutuhan pasien tersebut dapat terpenuhi (Wilkinson, 2012).

Secara teori intervensi untuk diagnosa keperawatan ketidakfektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi dengan label NIC : Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, Kurangi faktor presipitasi nyeri, Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin, Tingkatkan istirahat, Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, Berkolaborasi dengan memberikan analgetik.

3.2.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan yang telah disusun dalam intervensi keperawatan (Notoadmojo, 2014) pembahasan implementasi tindakan yang meliputi

tindakan yang tidak dapat di laksanakan pada intervensi setiap diagnosa keperawatan.

Implementasi pada masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis intervensi keperawatan yang telah di buat ada 5 intervensi yang di seusiakan dengan kondisi dan respon pasien. Pada hari sabtu sampai selasa yaitu pada tanggal 13-16 juli 2019 semua implementasi dilaksanakan dengan baik.

3.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah asuhan yang di catat dalam catatan kemajuan dan atau rencana perawatan (Notoadmojo, 2014). Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menentukan seberapa baik rencana keperawatan bekerja dengan meninjau respon pasien.

Evaluasi Diagnosa keperawatan 1 : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari dari tanggal 13-16 juli 2019 pasien sudah mampu mengontrol nyeri, nyeri di bagian perut bawah kanan menghilang dan nyeri di dada sebelah kanan berkurang. Setelah dikaji skala nyeri sudah menurun menjadi 2, pasien juga mengatakan merasa rileks dan nyaman setelah dilakukan napas dalam.

Evaluasi Diagnosa keperawatan 2 : setelah dilakukan tindakan keperawatan dari tanggal 13-16 juli 2019, mual (-), muntah (-), pasien dapat menghabiskan makanannya sesuai porsi yang diberikan, dan nyeri abdomen (-).

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan penulis selama menyusun studi kasus ini pertama : karena penyesuaian dengan rumah sakit, Kedua : waktu pengambilan data yang terlalu singkat dan yang ketiga : kurang buku sumber yang tersedia di perpustakaan.

BAB 4

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker paru di ruang Cendana RS Bhayangkara Drs Titus Uly Kupang pada tahun 2019 dapat diberikan secara sistematis dan terorganisir dengan menggunakan pengkajian yang baku serta hasil yang diharapkan sesuai dengan harapan pasien, sehingga dapat disimpulkan bahwa :

Klien datang dengan keluhan nyeri di ulu hati dan perut dibagian bawah, ± 1 minggu, mual dan muntah , keluhan lain yang menyertai adalah batuk dan nyeri seluruh tubuh. Nyeri tersebut bertambah saat klien terlambat makan dan berkurang saat klien istirahat/ tidur.. Klien mengatakan bahwa tidak pernah menderita penyakit seperti ini. klien tidak ada riwayat alergi dan tidak pernah operasi, kebiasaan merokok 1 hari bisa menghabiskan 3 batang rokok dan pasien mengonsumsi alkohol 1 botol serta pasien minum kopi 1 gelas/hari waktunya saat malam hari, pasien mengonsumsi obat ibuprofen 2x400 gr yang didapat dari RS Bayangkara Drs. Titus Uly. Dari hasil pemeriksaan fisik klien yaitu tanda – tanda vital TD : 110/80 mmHg, N: 79 kali/menit S :36,5⁰ c, RR: 18 kali/menit. Saat dipalpasi terdapat nyeri tekan dibagian abdomen kanan bawah.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada keluhan Diatas adalah : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

Intervensi yang di lakukan pada diagnosa pertama adalah : Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, Kurangi faktor presipitasi nyeri, Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, Ajarkan tentang teknik non

farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin, Tingkatkan istirahat, Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, Berkolaborasi dengan memberikan analgetik.

Intervensi yang di lakukan pada diagnosa kedua adalah : Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien gejala, Monitor mual dan muntah, Monitor turgor kulit, Monitor lingkungan selama makan, Monitor BB klien, Anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, Anjurkan keluarga untuk memberikan makanan favorit pasien.

Implementasi dilaksanakan pada Diagnosa Keperawatan 1 : Mengkaji tanda-tanda vital, memberikan pendidikan kesehatan yaitu agar pasien selalu mengontrol kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat, juga selalu gunakan teknik nafas dalam jika mengalami nyeri. Implementasi dilaksanakan pada Diagnosa keperawatan 2 : Mengkaji tanda-tanda vital, memberikan pendidikan kesehatan yaitu agar pasien selalu mengontrol kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat, juga selalu hindari makanan yang meningkatkan asam lambung seperti makanan berminyak, makanan pedas, makanan asam dll.

Evaluasi Diagnosa keperawatan 1 : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari dari tanggal 13-16 juli 2019 pasien sudah mampu mengontrol nyeri, nyeri di bagian perut bawah kanan menghilang dan nyeri di dada sebelah kanan berkurang. Setelah dikaji skala nyeri sudah menurun menjadi 2, pasien juga mengatakan merasa rileks dan nyaman setelah dilakukan napas dalam. Evaluasi Diagnosa keperawatan 2 : setelah dilakukan tindakan keperawatan dari tanggal 13-16 juli 2019, mual (-), muntah (-), pasien dapat menghabiskan makanannya sesuai porsi yang diberikan, dan nyeri abdomen (-).

4.2 Saran

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. A. K. di ruangan Cendana, RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang dan kesimpulan yang telah ditulis oleh mahasiswa seperti di atas, maka mahasiswa memberikan saran sebagai berikut :

- 4.2.1 Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan serta perlu adanya keikutsertaan keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu akan perkembangan dan kebiasaan pasien.
- 4.2.2 Dalam memberikan implementasi tidak harus sesuai dengan apa yang terdapat pada teori, akan tetapi harus disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan rumah sakit.
- 4.2.3 Dalam memberikan perawatan diagnosa harus tercatat dengan baik agar perawat terarah melakukan tindakan.
- 4.2.4 Dalam penyuluhan menggunakan media dengan baik dan dokumentasi dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Arief Mansjoer, dan kawan-kawan. 2000. **Kapita Selekta Kedokteran** Ed 3 jilid 2. Penerbit Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.
- Bare & Suzanne, 2002 *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Volume 2* (edisi 8), EGC : Jakarta
- Brunner dan Suddart, 2002. **Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah** vol.1. Jakarta
- Doenges E. Marilyn. 1999. **Rencana Asuhan Keperawatan**, Ed 3. Penerbit buku kedokteran. EGC. jakarta
- Gloria M. Bulehek, dkk (2016) *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Edisi keenam
- Nurarif A. H & Kusuma H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc ed 1*. Jogjakarta : Penerbit Mediaction
- Tylor M. Cyntia & Ralph Sparks Shella (2003). *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan*. Edisi 10. Penerbit Buku Kedokteran. EGC
- https://www.academia.edu/33840059/LP_DISPEPSIA.docx?auto=download
- <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/.../22061/21350>
- <https://pdfs.semanticscholar.org/.../ac6eab3f088deb89d1f306f3fed..>



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODI D-III KEPERAWATAN



Direktorat: Jl. Piet A Tallo Liliba-Kupang, Telp (0380) 881880;
880880

Fax (0380) 85534188; email: poltekkeskupang@yahoo.com

PROSES BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS

Nama mahasiswa : Anastasia Sedo Buran
NIM : PO.5303201181162
Nama pembimbing : Roswita Victoria Rambu Roku, S.Kep, Ns, MSN
NUPN : 9908419437
Judul studi kasus : "ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA Tn.
A. K. DENGAN DIAGNOSA MEDIK SINDROM DISPEPSIA DI RUANG CENDANA
RS DRS. TITUS ULLY KUPANG"

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 22 Juli 2019	BAB 2, 3, dan 4	
2	Selasa, 23 Juli 2019	Ujian Sidang	
3	Rabu, 24 Juli 2019	Teknik pengetikan	

4.	Kamis, 25 Juli 2019	Cover	<i>Ri</i>
5	Senin, 29 Juli 2019	Cover, Goal, daftar pustaka dan daftar isi	<i>Ri</i>
6			
7			
8			
9			



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK
INDONESIA
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG
JL. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp/ Fax: (0380) 881045**

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG**

Nama Mahasiswa : Anastia Sedo Buran
Nim : PO. 530320118162
Tempat Praktek : Ruang Cendana
Tanggal Pengkajian : 13 Juli 2019

Nama Pasien : Tn. A. K
Ruang/Kamar : Cendana 12 Bed 1
Diagnosa Medis : Sindrom Dispepsia
No. Medical Record : 197670
Tanggal Pengkajian : 13 Juli 2019 Jam : 09.00
Masuk Rumah Sakit : 12 Juli 2019 Jam : 12.00

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. A. K Jenis Kelamin : L
Umur/Tanggal Lahir : 33 Tahun/ 01-04-1986 Status Perkawinan : -
Agama : Kristen Protestan Suku Bangsa : Sabu Timor
Pendidikan Terakhir : SMA Pekerjaan : Petani
Alamat : Air Nona

Identitas Penanggung

Nama : Ny. W. K Pekerjaan : IRT
Jenis Kelamin : Perempuan Hubungan dengan klien : Ibu kandung
Alamat : Air Nona

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Nyeri didada dan perut bagian kanan

- Kapan : Sejak 1 minggu yang lalu
- Lokasi : Nyeri diperut bagian bawah

2. Riwayat Keluhan Utama

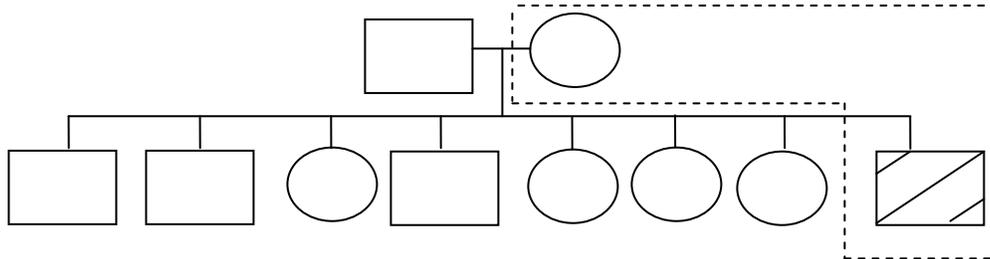
- Mulai timbulnya keluhan: Pasien mengatakan nyeri di uluhati , ± 1 minggu, nyeri perut bagian bawah
- Sifat keluhan : Hilang timbul
- Lokasi : Perut bagian kanan
- Keluhan lain yang menyertai : -
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : saat terlambat makan
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana): Keluhan berkurang saat tidur / istirahat
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: Masuk rumah sakit

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita: Tidak ada
- Riwayat Alergi : Tidak ada
- Riwayat Operasi: Tidak pernah
- Kebiasaan :
 - Merokok : 3 batang / hari
 - Minum alkohol : 1 botol
 - Minum kopi : 1 gelas/ hari

- Minum obat-obatan : Pasien mengatakan minum ibuprofen 2x400gr yang didapat sewaktu berobat di RS Drs Titus Uly Kota Kupang

Riwaya keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi)



Ket :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ▨ : Pasien
- ⋮ : Tinggal serumah

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 110/80 mmHg
- Nadi : 79 x/menit
- Pernapasan : 18 x/menit
- Suhu badan : 36,1°C.
- SPo2 : 97%

2. Kepala dan leher

- Kepala : Normal
- Sakit kepala : Sakit kepala
- Pusing : Tidak
- Bentuk , ukuran dan posisi: Normal
- Lesi : Tidak ada
- Masa : Tidak ada
- Observasi Wajah : Simetris
- Penglihatan :
- Konjungtiva : Merah muda

- Sklera : Putih
- Pakai kaca mata : Tidak
- Penglihatan kabur : Tidak
- Nyeri: Tidak ada nyeri
- Peradangan : -
- Operasi :
 - Jenis :-
 - Waktu :-
 - Tempat :-
 - Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Tidak
 - Nyeri : Tidak
 - Peradangan : Tidak
 - Hidung
 - Alergi Rhinnitus : Tidak
 - Riwayat Polip : Tidak
 - Sinusitis : Tidak
 - Epistaksis : Tidak
 - Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : Lubang gigi belakang
 - Caries : Gigi belakang
 - Memakai gigi palsu : Tidak
 - Gangguan bicara : Tidak
 - Gangguan menelan : Tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : Tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : nyeri dada sebelah d
- Inspeksi :

- Kesadaran/ GCS : Composmentis/E4V5M6
- Bentuk dada : Normal
- Bibir : Normal
- Kuku : Normal
- Capillary Refill : Normal
- Tangan : Normal
- Kaki : Normal
- Sendi : Normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba
- Vena jugularis : Teraba
- Perkusi : pembesaran jantung : Normal
- Auskultasi : BJ I : Normal
BJ II : Normal
- Murmur :

4. Sistem Respirasi

- Keluhan :
- Inspeksi :
 - Jejas : Tidak
 - Bentuk Dada : Normal
 - Jenis Pernapasan : Tidak
 - Irama Napas : Teratur
 - Retraksi otot pernapasan : Tidak
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : Tidak
- Perkusi : Tidak
 - Udara : Tidak
 - Massa : Tidak
- Auskultasi :
 - Inspirasi : Normal
 - Ekspirasi : Normal

- Ronchi : tidak
- Wheezing : tidak
- Krepitasi : tidak
- Rales : tidak

Clubbing Finger : Normal

5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan : -

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : Normal
- Keadaan bibir : Lembab
- Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : Hitam

Luka/ perdarahan : Tidak

Tanda-tanda radang : Tidak

Keadaan gusi : Normal

- Keadaan abdomen

Warna kulit : Hitam

Luka : Tidak

Pembesaran : normal

- Keadaan rektal

Luka : Tidak

Perdarahan : Tidak

Hemmoroid : Tidak

Lecet/ tumor/ bengkak : Tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik :

Perkusi: Normal

Udara : Normal

Massa : Normal

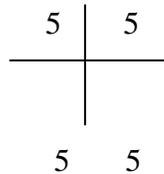
- d. Palpasi :
 - Tonus otot: Normal
 - Nyeri : Normal
 - Massa : Normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : Tidak ada keluhan
- b. Tingkat kesadaran: Composmentis GCS (E4/M5/V6):.....
- c. Pupil : Isokor
- d. Kejang : Normal
- e. Jenis kelumpuhan : Tidak
- f. Parasthesia : Tidak
- g. Koordinasi gerak : Normal
- h. Cranial Nerves : Normal
- i. Reflexes : Normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : Tidak ada keluhan
- b. Kelainan Ekstremitas : Tidak
- c. Nyeri otot : Tidak
- d. Nyeri Sendi : Tidak
- e. Refleksi sendi : Normal
- f. kekuatan otot : Normal



8. Sistem Integumentari

- a. Rash : Tidak
- b. Lesi : Tidak

- c. Turgor : Baik Warna : Sawo matang
- d. Kelembaban : Normal
- e. Petechie : Tidak ada
- f. Lain lain:-

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia
retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) Tidak
- c. Kandung kencing : Tidak
nyeri tekan: Tidak
- d. Produksi urine :
- e. Intake cairan : oral :.....cc/hr parenteral :
- f. Bentuk alat kelamin : Normal
- g. Uretra : Normal
Lain-lain :

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : Tidak ada keluhan
- b. Pembesaran Kelenjar : Tidak
- c. Lain – lain : -

11. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

- 1. Kebiasaan : Makan 3 kali sehari
 - Pola makan : Baik
 - Frekuensi makan : 3 kali sehari

- Nafsu makan : Menurun karna muual muntah
- Makanan pantangan : Tidak ada
- Makanan yang disukai : Tidak ada
- Banyaknya minuman dalam sehari : 2.000 cc/ hari
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada
- BB : 81 kg TB : 168 cm
- Kenaikan/Penurunan BB:kg, dalam waktu:

2. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan selama sakit

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 1-2 kali sehari Warna : Kuning

Bau : Amoniak Jumlah/ hari : -

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : 1 x / hari Frekuensi dalam sehari : 1 kali

Warna :Kuning Bau : Khas

Konsistensi : Lembek

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan selama sakit

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : -
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : -

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam :22.00 atau 23.00
Bangun jam : 07.00
- Tidur siang jam : kadang-kadang
Bangun jam : -

- Apakah mudah terbangun : ya karna susah tidur
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : lingkungan tenang

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Mama kandung
2. Organisasi sosial yang diikuti : Organisasi pemuda kristen
3. Keadaan rumah dan lingkungan : Baik
Status rumah : Milik sendiri
Cukup ,tidak bising,tidak banjir
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Keluarga
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Bimbingan keluarga
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : Baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : sesuai keyakinan
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : selalu terlibat aktif

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Pasien mengatakan dirinya benar-benar sakit
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Penderita yakin, penyakit yang dideritanya akan sembuh
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : pelayanan baik dan jelas bicaranya

Data Laboratorium & Diagnostik

- a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
			Tanggal
			Minggu, 14 Juli 2019
1	Bilirubin Total	13,0-17,0 g/dL	4,5 g/dL
2	Jumlah eritrosit	4,00-6,00 10^6 /ul	Negatif
3	Hematokrit	35,0-55,0%	36.0 %
4	MCV	81,0-96,0 fL	78,8 fL
5	RDW-CV	11,0-16,0%	13,5 %
6	RDW-SD	30-150 fL	59,2 fL
7	jumlah Lekosit	5.0 – 10.0	Negatif
8	PLT	150-400 10^9 /l	425 10^9 /l
9	MPV	8,0-11,0 Fl	7.4 Fl

b. Pemeriksaan faeces: Tidak ada

c. Pemeriksaan urine: Tidak ada

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

a. Foto gigi dan mulut : Tidak ada

b. Cholescystogram : Tidak ada

c. Foto colon : Tidak ada

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : Tidak ada

Biopsy : Tidak ada

Colonoscopy : Tidak ada

DII : Tidak Ada

Penatalaksanaan/pengobatan

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

- Pembedahan

Tidak ada

- Obat

- 1) IVFD NaCl 0.9% 20 tpm
- 2) Injeksi pumpicell 40 mg
- 3) Injeksi antrain 1 gr
- 4) Oral Episan
- 5) Oral Vometa
- 6) Oral Sanfuli
- 7) Oral Ibuprofun

- Lain-lain : Tidak ada

Analisa data

No	Data-data	Problem	Etiologi
1	<p>Data subyektif</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri di dada kanan terasa tertusuk-tusuk tembus hingga kebelakang.</p> <p>2) (PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena makan jagung dan terlambat makan, Kualitas : Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, Region : Nyeri di bagian ulu hati, skala 4 (nyeri sedang), Timing : Nyeri akut muncul pada saat beraktivitas dan terlambat makan</p> <p>Data obyektif</p> <p>1) Keadaan umum, tampak lemah</p> <p>Tanda-tanda vital : tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi : 79 x/menit, pernapasan : 18x/menit, suhu tubuh : 36,5°C</p>	<p>Nyeri akut</p> <p>Domain: 12 kenyamanan</p> <p>Kelas :1 Kenyamanan fisik</p> <p>Kode :00132</p>	<p>Agen cedera biologis</p>

2	<p>DS: Pasien mengatakan tidak nafsu makan, dan tidak dapat menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang disediakan.</p> <p>DO: saat dipalpasi pasien mengalami nyeri tekan di abdomen sebelah kanan bawah.</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Domain : 2 nutrisi</p> <p>Kelas : 1 makan</p> <p>Kode :00002</p>	Ketidakmampuan makan
---	--	--	----------------------

Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Goal dan Objektif	Intervensi (NIC)
1	Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	<p>Goal :</p> <p>Nyeri berkurang selama dalam proses keperawatan</p> <p>Objektif : setelah di lakukan asuhan keperawatan selama dalam perawatan nyeri pasien akan berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 0-2 - Pasien mampu mengontrol nyeri - Pasien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang - Tanda vital dalam rentang normal - Tidak mengalami gangguan tidur 	<ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. c. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. d. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. e. Kurangi faktor presipitasi nyeri. f. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi g. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin. h. Tingkatkan istirahat. i. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri. <p>2. 10) Berkolaborasi dengan memberikan analgetik</p>
2	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari	Goal :	1) Kolaborasi dengan ahli gizi

	<p>kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan</p>	<p>Nutrisi pasien akan seimbang selama dalam perawatan.</p> <p>Kriteria Hasil : Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama perawatan di harapkan nutrisi pasien akan seimbang. Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan pasien meningkat - Pasien dapat menghabiskan makanannya sesuai porsi yang diberikan - Berat badan pasien kembali normal - Nyeri abdomen berkurang 	<p>untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien gejala.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Monitor mual dan muntah. 3) Monitor turgor kulit. 4) Monitor lingkungan selama makan. 5) Monitor BB klien. 6) Anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. 7) Anjurkan keluarga untuk memberikan makanan favorit pasien
--	--	--	--

Catatan perkembangan

Hari/Tanggal: Sabtu,13 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	07.30	Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah : 110/80 mmHg, Pernapasan : 18 x/ menit, Nadi : 79 x/ menit dan Suhu Tubuh : 36,5°C).	Jam 14.00wita Subyek : Pasien mengatakan nyeri di ulu hati dan nyeri di abdomen bagian bawah	
	08.00	Memberi posisi semi fowler.	Obyektif : Skala nyeri 4	
	08.15	Mengajarkan dan menganjurkan pasien nafas dalam	Assesment : Masalah belum teratasi	
	09.00	Menganjurkan pasien menghindari makanan berminyak.	Planning : intervensi dilanjutkan.	
	10.00	Mengkaji tingkat nyeri		
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan	07.30	Memantau makan pasien	Jam 14.00	
	08.30	Modifikasi lingkungan pasien	Subyektif : Pasien mengatakan masih mual, muntah, dan tidak nafsu makan	
	09.00	Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga agar menghindari makanan	Obyektif : Nyeri tekan di abdomen	

		yang menjadi pantangan.	saat dipalpasi Assesment: Masalah belum teratasi. Planning: Intervensi dilanjutkan.	
--	--	-------------------------	--	--

Hari/Tanggal: Minggu, 14 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	07.30 08.00 08.30 10.00	Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah : 120/80 mmHg, Pernapasan : 20 x/ menit, Nadi : 70 x/ menit dan Suhu Tubuh : 37,1°C). Memberi posisi semi fowler. Mengajarkan dan menganjurkan pasien nafas dalam Mengkaji tingkat nyeri	Jam 14.00 wita Subyektif : Pasien mengatakan nyeri di ulu hati dan nyeri di abdomen bagian bawah Obyektif : Skala nyeri 4 Assesment : Masalah belum teratasi Planning : intervensi dilanjutkan.	
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari	07.30	Memantau makan pasien Modifikasi lingkungan	Jam 14.00 Subyektif : Pasien	

kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan	08.30	pasien	mengatakan masih	
	09.00	Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga agar menghindari makanan yang menjadi pantangan. Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering	mual, muntah, dan tidak nafsu makan Obyektif : Nyeri tekan di abdomen saat dipalpasi Assesment: Masalah belum teratasi.	
	10.30		Planning: Intervensi dilanjutkan.	

Hari/Tanggal: Senin, 15 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	07.30	Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah : 120/80 mmHg, Pernapasan : 17 x/ menit, Nadi : 82 x/ menit dan Suhu Tubuh : 36,8°C). 08.00 Memberi posisi semi	Jam 14.00 wita Subyek : Pasien mengatakan nyeri di ulu hati berkurang, namun masih terasa nyeri di dada sebelah kanan	

	08.00	fowler	Obyektif : Skala nyeri 3	
	08.15	Menganjurkan pasien nafas dalam	Assesment : Masalah belum teratasi	
	09.00	Menganjurkan pasien menghindari makanan berminyak. Mengkaji tingkat nyeri	Planning : intervensi dilanjutkan.	
	10.00			
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan	07.30	Memantau makan pasien	Jam 14.00	
	08.30	Modifikasi lingkungan pasien	Subyektif : pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah namun pasien mengatakan masih tidak bisa menghabiskan porsi makanannya dan tidak nafsu makan	
	09.00	Mengontrol makan pasien	Obyektif : Nyeri tekan di abdomen saat dipalpasi	
			Assesment: Masalah teratasi sebagian	
			Planning: Intervensi	

			dilanjutkan.	
--	--	--	--------------	--

Hari/ Tanggal : 16 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	07.30 08.00	Mengkaji tanda-tanda vital (Tekanan Darah : 120/70 mmHg, Pernapasan : 18 x/ menit, Nadi : 79 x/ menit dan Suhu Tubuh : 36,6°C). 08.00 Memberikan pendidikan kesehatan yaitu agar pasien selalu mengontrol kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat, juga selalu gunakan teknik nafas dalam jika mengalami nyeri Mengkaji tingkat nyeri	Jam 14.00wita Subyek : Pasien mengatakan nyeri di ulu hati berkurang, namun masih terasa nyeri di dada sebelah kanan Obyektif : Skala nyeri 2, keadaan umum baik Assesment : Masalah teratasi sebagian Planning : Pasien pulang, berikan pendidikan kesehatan	
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan	07.30 08.30	Memantau makan pasien Modifikasi lingkungan pasien memberikan pendidikan	Jam 14.00 Subyektif : Pasien mengatakan sudah bisa menghabiskan	

dengan ketidakmampuan makan	09.00	kesehatan yaitu agar pasien selalu mengontrol kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat, juga selalu hindari makanan yang meningkatkan asam lambung seperti makanan berminyak, makanan pedas, makanan asam dll.	<p>porsi makanannya namun pasien masih merasa tidak nafsu makan</p> <p>Obyektif : Nyeri di abdomen berkurang</p> <p>Assesment: Masalah teratasi sebagian</p> <p>Planning: Pasien pulang, berikan pendidikan kesehatan</p>	
-----------------------------	-------	---	---	--