

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. J.S. L DENGAN  
GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN : NYERI  
DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KUPANG**



**OLEH :**

**QUEROVINA LOPES**

**NIM. PO. 5303201181228**

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

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. J.S. L DENGAN  
GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN : NYERI  
DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT BHAYANGKARA 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**



**OLEH**

**QUEROVINA LOPES**

**NIM. PO. 5303201181228**

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

**2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

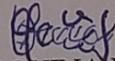
Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Querovina Lopes  
NIM : PO.5303201181228  
Program Studi : D-III Keperawatan Program Rekognisi Pembelajaran  
Lampau (RPL)  
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 Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 26 Juli 2019

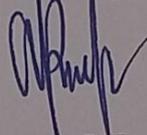
Pembuat Pernyataan



QUEROVINA LOPES

NIM. PO 5303201181228

Pembimbing



Aben B. Y. H. Romana, S.Kep.,Ns., M.Kep  
NIP. 196711181989032001

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Querovina Lopes, NIM. PO. 5303201181228  
dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Nn. J. S. L Dengan  
Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri  
Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang”

telah di periksa dan di setujui untuk diujikan

Disusun Oleh :

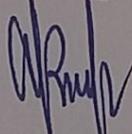


Querovina Lopes

PO. 5303201181228

Telah Di Setujui Untuk diseminarkan di Depan Dewan Penguji  
Prodi D-III Keperawatan Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal 26 Juli 2019

Pembimbing



Aben B. Y. H. Romana, S.Kep.,Ns., M.Kep  
NIP. 196711181989032001

**LEMBAR PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah oleh Querovina Lopes dengan judul “Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri Pada Nn. J.S.L Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang”

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 26 Juli 2019

Dewan penguji

Penguji I

Yulianti Kristiani Banhae S.Kep, Ns, M,Kes  
NIP. 197607312002122003

Penguji II

Aben B. Y. H. Romana, S.Kep.,Ns., M.Kep  
NIP. 196711181989032001

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan

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

Mengetahui  
Ketua Program Studi

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

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Querovina Lopes

Tempat tanggal lahir : Cassa, 04 April 1972

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Kecamatan Wewico, Desa Alkani

Riwayat pendidikan :

1. Tamat SDN Cassa pada tahun 1986
2. Tamat SMP Negri 2 Ainaro pada tahun 1989
3. Tamat SPK Dili pada tahun 1993
4. Sejak tahun 2018 kuliah di Program Studi D III Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang

### **MOTTO :**

**“AWALI HIDUP DENGAN DOA DAN KERJA KERAS, YAKINLAH  
BAHWA AKHIRNYA KESUKSESAN YANG DIRAIH”**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan “Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri Pada Nn. J.S.L Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang”.

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan setulus hati menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Aben B Y.H Romana, S.Kep.Ns.M,Kep , selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Yulianti Kristiani Banhae S.Kep, Ns, M,Kes, selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini dan sebagai wali penulis yang sudah memberi semangat dan dukungan kepada penulis selama ini.
3. Direktur Poltekkes Kemenekes Kupang Ibu R. H Kristina, SKM, M. Kes selaku pelindung dalam kegiatan ujian akhir program mahasiswa/mahasiswi Prodi PRL Keperawatan.
4. Ketua Jurusan Keperawatan Kupang,Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
5. Bapak dan ibu dosen Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan yang telah memberikan materi dan praktik selama dalam proses perkuliahan sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses penyusunan Studi Kasus ini.
6. Dinas kesehatan Kabupaten Malaka yang telah memberikan kesempatan untuk penulis melanjutkan perkuliahan

7. Keluarga tercinta, Bapa Domi Dethan, Agus Dethan, Jia Dethan, Ito Dethan, Jack Dethan, Joy Dethan, Lesti Dethan yang telah memberikan dukung dan nasehat kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Untuk para sahabat dan teman-teman angkatan II dalam membantu penulis selama satu tahun bersama di Keperawatan Poltekkes Kupang.
9. Untuk kakak adik tercinta, kakak Arico, kakak Anina, kakak Amino, adik Ade, adik Abeka, dan adik Alise, yang telah mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah masih, jauh dari kata sempurna, untuk itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang, 26 Juli 2019

Penulis,

## ABSTRAK

### **“Asuhan Keperawatan Pada Nn. J. S. L Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang”**

**Oleh: Querovina Lopes**

**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. Diperkirakan bahwa hampir 30% kasus pada praktek umum dan 60% pada praktek *gastroenterologist* merupakan kasus dispepsia. Berdasarkan pada populasi umum didapatkan bahwa 15-30% orang dewasa. Metode: Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dan dahulu), observasi dan pemeriksaan fisik. **Tujuan :** agar mahasiswa mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien Nn. J. S. L Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang. **Hasil :** Hasil pengkajian didapatkan data nyeri perut, mual muntah BB : 40 kg, . Diagnosa keperawatan yang diangkat Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung dan Ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat. Intervensi yang diimplementasikan yaitu, lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, faktor pencetus, pastikan makanan disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal. Evaluasi masih ada nyeri, skala nyeri 2, porsi makan dihabiskan. **Kesimpulan:**Asuhan keperawatan pada Nn. J. S. L dengan Dispepsia dilakukan melalui 5 tahap proses keperawatan. Semua masalah keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan diatas dapat dilaksanakan secara optimal. Saran bagi pelayanan keperawatan yaitu perlu meningkatkan pengetahuan pasien melalui edukasi kesehatan tentang perawatan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman : nyeri.

**Kata kunci : Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri, Asuhan keperawatan.**

## DAFTAR ISI

	Hal
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	I
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>BIODATA</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	x
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xi
<b>BAB I Pendahuluan</b> .....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus .....	3
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	3
<b>BAB II Tinjauan Pustaka</b> .....	5
2.2. Konsep Kenyamanan Nyeri.....	5
2.2.1 Pengertian Konsep Nyeri.....	5
2.2.2 Klasifikasi Nyeri.....	5
2.2.3 Pengukuran Intensitas Nyeri.....	5
2.2.4 Faktor Yang Memengaruhi Nyeri.....	7
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Nyeri.....	8
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	8
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	8
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	9
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	10
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	11
<b>BAB III Hasil Studi Kasus dan Pembahasan</b> .....	12
3.1 Hasil Studi Kasus.....	12
3.1.1 Pengkajian Keperawatan .....	12
3.1.2 Diagnosa Keperawatan .....	16
3.1.3 Intervensi Keperawatan .....	17
3.1.4 Implementasi Keperawatan .....	18
3.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	20
3.2 Pembahasan Studi Kasus .....	22
3.2.1 Pengkajian Keperawatan .....	22
3.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	22
3.2.3 Intervensi Keperawatan .....	23
3.2.4 Implementasi Keperawatan .....	24
3.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	25
<b>BAB IV PENUTUP</b> .....	27

4.1 Kesimpulan .....	27
4.1.1 Pengkajian .....	27
4.1.2 Diagnosa Keperawatan .....	27
4.1.3 Intervensi .....	27
4.1.4 Implementasi .....	27
4.1.5 Evaluasi .....	28
4.2 Saran .....	28
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	29

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- 1. Jadwal Kegiatan**
- 2. Format Pengkajian**
- 3. Asuhan Keperawatan**
- 4. 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).

Mengonsumsi makanan dan minuman yang merangsang asam lambung akan menyebabkan peradangan pada lambung dan akan menyebabkan ulkus peptikum pada lambung sehingga sangat diharapkan untuk selalu menjaga pola makan dengan makanan-makanan yang tidak merangsang terjadinya peningkatan asam lambung. (Riani, 2015)

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 akan mencari pertolongan medis (Yuriko, 2013).

Dispepsia merupakan salah satu masalah pencernaan yang paling umum ditemukan. Berdasarkan data kunjungan di klinik *gastroenterologist* di perkirakan hampir 30% kasus yang dijumpai pada praktek umum dan 60% pada praktek *gastroenterology* merupakan dispepsia (Bobbi Hemriyanton, 2015).

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/duodenum, penyakit refluks gastroesofagus, dan kanker lambung (Purnamasari, 2017).

Data Dyspepsia di Ruangan Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang dari bulan Januari sampai Juli 2019 dari total pasien 500 pasien, 105 diantaranya menderita penyakit Dyspepsia (Register Ruang Mawar 2019).

Dampak yang akan terjadi jika terbiasa mengonsumsi makanan dan minuman, seperti makan pedas, asam, minum kopi, dan minuman beralkohol juga dapat meningkatkan resiko gejala dispepsia. Suasana yang sangat asam didalam lambung dapat membunuh organisme patogen yang tertelan bersamaan dengan makanan. Namun, bila barrier lambung telah rusak, maka suasana yang sangat asam didalam lambung akan memperberat iritasi pada dinding lambung (Riani, 2015).

Upaya yang dilakukan pada pasien dengan dispepsia yang berada dalam kondisi gawat darurat, peran perawat sangatlah penting. Perawat dituntut untuk selalu menjalankan perannya diberbagai situasi dan kondisi yang meliputi tindakan penyelamatan pasien secara professional khususnya penanganan pada pasien dengan gawat darurat. Sebagai pelakutaupemberi asuhan keperawatan perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan pada pasien dispepsia secara langsung atau tidak langsung kepada pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dalam bentuk Studi Kasus dengan Judul “Asuhan Keperawatan Pada Nn. J. S. L Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang”.

## **1.2 Tujuan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien Nn. J. S. L Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.

### **1.2.1 Tujuan Khusus**

Mahasiswa dapat :

1. Melakukan pengkajian pada Nn. J.S.L dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.
2. Menegakan diagnosepada Nn. J.S.L dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.
3. Membuat perencanaan pada Nn. J.S.L dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.
4. Melaksanakan tindakan pada Nn. J.S.L dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.
5. Melakukan evaluasi pada Nn. J.S.L dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman : Nyeri Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Nn. J. S. L dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman : nyeri di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.

### **1.3 Manfaat Studi Kasus**

#### **1. Bagi Penulis**

Untuk menambah wawasan dan pengalaman bagi penulis khususnya dibidang keperawatan dengan masalah gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman : nyeri.

#### **2. Bagi Institusi**

Sebagai acuan dalam kegiatan proses belajar dan bahan pustaka tentang asuhan keperawatan dengan masalah gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman : nyeri.

#### **3. Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya keperawatan dengan masalah gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman : nyeri.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Kenyamanan ( Nyeri)**

##### **2.1.1. Pengertian Konsep Nyeri**

Kenyamanan adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari). Ketidaknyamanan adalah keadaan ketika individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan. ( potter& perry, 2006)

Nyeri merupakan respon yang bersifat subyektif tentang adanya stressor fisik dan psikologis. Nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. (Lyndon, 2013).

##### **2.1.2 Klasifikasi Nyeri**

Menurut (Alimul & Musrifatul, 2013), klasifikasi nyeri dibagi menjadi 2, yakni :

1. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan yang ditandai adanya peningkatan tegangan otot.

2. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbulnya secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama lebih dari 6 bulan yang termasuk dalam kategori ini adalah nyeri terminal, syndroma nyeri kronis, nyeri psikosomatik.

##### **2.1.3 Pengukuran Intensitas Nyeri**

Menurut (Lyndon, 2013), intensitas nyeri dapat diukur dengan beberapa cara, antara lain dengan menggunakan skala nyeri menurut hayward,

skala nyeri menurut McGill (*McGill scale*), dan skala wajah atau *Wong-Baker FACES Rating Scale*.

1. Skala nyeri Menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (dari 0-10) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan.

Skala nyeri menurut Hayward dapat dilakukan sebagai berikut :

0 = tidak nyeri

1-3 = nyeri ringan

4-6 = nyeri sedang

7-9 = sangat nyeri, tetapi masih dapat dikendalikan dengan aktivitas yang biasa dilakukan

10 = sangat nyeri dan tidak bisa dikendalikan

2. Skala nyeri Menurut McGill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri McGill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (dari 0-5) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan.

Skala nyeri menurut McGill dapat dilakukan sebagai berikut :

0 = tidak nyeri

1 = nyeri ringan

2 = nyeri sedang

3 = nyeri berat atau parah

4 = nyeri sangat berat

5 = nyeri berat

3. Skala wajah atau *Wong-Baker FACES Rating Scale*

Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang.

Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyatakan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.

#### **2.1.4 Faktor Yang Memengaruhi Nyeri**

Menurut (Mubarak & Chatanin, 2013), ada beberapa faktor yang memengaruhi nyeri, antara lain :

1. Etnik Dan Nilai Budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang memengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Seperti, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

2. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Prevalensi nyeri pada individu lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis yang mereka derita.

3. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Dukungan keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.

4. Ansietas dan stres

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri.

### **2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Nyeri**

#### **2.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Menurut (Lyndon, 2013), pengkajian keperawatan pada masalah nyeri secara umum mencakup lima hal, yaitu pemicu nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri, intensitas nyeri, dan waktu serangan. Cara mudah untuk mengingatnya adalah dengan PQRST.

P = *Provoking* atau pemicu, yaitu faktor yang menimbulkan nyeri dan memengaruhi gawat atau ringannya nyeri.

Q = *Quality* atau kualitas nyeri, misalnya rasa tajam atau tumpul.

R = *Region* atau daerah/lokasi, yaitu, perjalanan ke daerah lain.

S = *Severity* atau keparahan, yaitu intensitas nyeri.

T = *Time* atau waktu, yaitu jangka waktu serangan dan frekuensi nyeri.

### 2.2.2 Diagnosa keperawatan

Menurut (Alimul & Musrifatul, 2013) diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan gangguan kenyamanan : nyeri, yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung.
2. Nyeri kronis berhubungan dengan fraktur, cedera otot, gangguan iskemik.
3. Gangguan mobilitas berhubungan dengan nyeri pada ekstremitas.

### 2.2.3 Intervensi keperawatan

Berikut ini adalah intervensi secara teori untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien dengan gangguan kenyamanan : nyeri, yaitu:

Diagnosa keperawatan pertama Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung. 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 nyeri: respon psikologis tambahan. 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 persepan analgetik, 5) Dukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.

Diagnosa keperawatan kedua Nyeri kronis berhubungan dengan fraktur, cedera otot, gangguan iskemik. 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 nyeri: respon psikologis tambahan. 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 persepan analgetik, 5) Dukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.

Diagnosa keperawatan ketiga Gangguan mobilitas berhubungan dengan nyeri pada ekstremitas. Goal: pasien akan meningkatkan mobilitas fisik selama dalam perawatan. Objektif: Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x24jam, diharapkan pasien akan menunjukkan outcomes : pergelangan tangan, pergelangan kaki. Intervensi : 1) Posisikan pasien sesuai dengan kesejajaran tubuh yang tepat, 2) Dorong pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi, 3) Dorong latihan ROM aktif dan pasif, 4) Jangan menempatkan pasien pada posisi yang bisa meningkatkan nyeri.

#### 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).

Menurut ( Townsend M. C., 1998), tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan gangguan kenyamanan : nyeri, yaitu manajemen nyeri yang terdiri dari :

1. Non farmakologi (mandiri), tindakan mandiri antara lain :
  - a. Guided imagery : meminta klien berimajinasi membayangkan hal-hal yang menyenangkan, tindakan ini memerlukan suasana dan ruangan yang tenang serta konsentrasi dari klien. Tindakan ini dilakukan pada saat klien merasa nyaman dan tidak sedang nyeri akut.
  - b. Distraksi : mengalihkan perhatian terhadap nyeri, efektif untuk nyeri ringan sampai sedang. Distraksi visual (menonton TV atau pertandingan bola), distraksi audio (mendengar musik), distraksi sentuhan (massase, memegang mainan) distraksi intelektual (merangkai puzzle, main catur).
  - c. Biofeedback : terapi perilaku yang dilakukan dengan memberikan individu informasi tentang respon nyeri fisiologis dan cara untuk melatih kontrol volunter terhadap respon tersebut. Terapi ini efektif untuk mengatasi ketegangan otot dan migren, dengan cara memasang elektroda pada pelipis.
  - d. Kompres hangat : adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Tindakan ini selain untuk melancarkan sirkulasi darah juga untuk menghilangkan rasa sakit, serta memberikan ketegangan dan kesenangan pada klien. Pemberian kompres dilakukan pada radang persendian, kekejangan otot, perut kembung, dan kedinginan.

2. Farmakologis (kolaborasi) : Penggunaan analgetik.

Mengganggu penerimaan/stimulasi nyeri dan interpretasinya dengan menekan fungsi talamus dan kortek serebri.

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**

### **STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Hasil Studi Kasus**

##### **3.1.1 Pengkajian**

Pengkajian pada Nn. J.S.L dengan diagnosis medis : Dyspepsia, di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupangdilakukan pada tanggal 14 Juli 2019 jam 10.00 WITA.

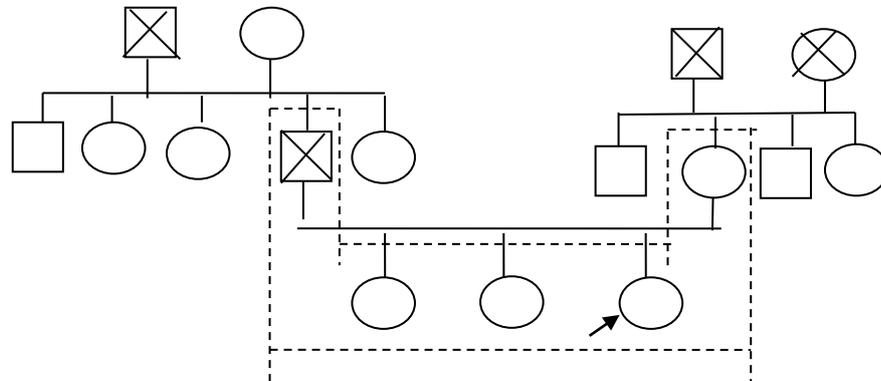
Data pengkajian yang didapatkan adalah : Identitas : Nn.J.S. L, jenis kelamin perempuan, lahir pada tanggal 20 Juni 2000 (19 tahun). Nn. J. S. L masuk rumah sakit pada tanggal 14 Juli 2019 jam 12.15. Diagnosa medis : Dyspepsia, alamat Oebobo, pendidikan terakhir SMA, Status belum menikah, pekerjaan mahasiswa.

Pengkajian pada Nn. J. S. L, saat di kaji keluhan utama pasien mengatakan nyeri ulu hati sejak 2 hari yang lalu. Riwayat keluhan utama : pasien masuk rumah sakit pada tanggal 14 Juli 2019 jam 12.15 WITA dan diterima melalui UGD dengan keluhan nyeri pada ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti tertikam dan menjalar ke perut bagian bawah kiri, skla nyeri 6, nyeri di rasakan kadang-kadang muncul, dan nyeri muncul jika pasien telambat makan. Keluhan yang dirasakan mulai muncul 2 hari yang lalu (tanggal 12 Juli 2019) karena perut kembung dan makan terlambat. Keluhan lain yang menyertai mual muntah setiap kali makan minum.

Riwayat penyakit sebelumnya, Nn. J. S. L mengatakan bahwa ia tidak ada riwayat penyakit sebelumnya, tidak ada riwayat alergi terhadap makanan, tidak pernah melakukan operasi, pasien tidak merokok dan minum alcohol, dan pasien mengatakan tidak minum kopi, sebelum masuk rumah sakit pasien ada mengkonsumsi obat Ranitidin 2x dalam sehari/oral.

Riwayat penyakit keluarga, pasien mengatakan tidak ada keluarga yang sakit sama seperti Nn. J. S. L.

Genogram :



Keterangan :

-  : Laki-laki meninggal
-  : Perempuan
-  : perempuan meninggal
-  : laki-laki
- : Tinggal serumah
-  : Pasien

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan, TTV : TD : 110/70 mmHg, RR : 20kali/menit, Nadi : 93 kali/menit, suhu : 36 °C, pasien tampak lemah, pasien tampak memegang area ulu hati, saat di palpasi pasien tampak meringis , skala nyeri 6. 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 Epitaksis, 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 merasa mual dan muntah setiap kali mau makan dan minum, 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, reflkes 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, sirkulasi menstruasi normal dalam 28 hari.

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 5-8 gelas, keluarga pasien mengatakan saat ini pasien hanya menghabiskan 3-4 sendok makan dari porsi makanan yang disediakan, BB: 46 kg, TB: 160 cm, BB saat ini : 40 kg, pasien tampak mual dan muntah. Eliminasi: Pasien mengatakan BAK dalam sehari bisa 3-4x, berwarna kuning, bau khas, perubahan saat sakit 2 x sehari, untuk kebiasaan BAB pasien mengatakan 1x dalam sehari, warna kuning, bau khas dengan konsistensi normal (lembek). Olahraga atau aktivitas: Pasien mengatakan tidak ada olahraga yang disukai dan olahraga yang biasa dilakukan secara rutin oleh pasien. 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 23.00 dan bangun jam 09.00, pasien juga mengatakan tidak pernah tidur siang.

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

Kegiatan keagamaan atau spiritual: Saat dikaji pasien mengatakan sebelum sakit selalu ke gereja setiap hari minggu untuk beribadat dan selalu terlibat dalam kegiatan kerohanian di gereja.

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 15 Juli 2019 jam 09:59 didapatkan hasil yaitu WBC 9,7 (nilai normalnya 5.0-10.0), Lym % 12.7 (nilai normalnya 15.0-50), Lym 1.2 (nilai normalnya 0.5-5.0), MID % 9.2 (nilai normalnya 2.0- 15.0), MID 0.9 (nilai normalnya 0.1-1.5), GRA % 78.1 (nilai normalnya 35.0- 80.0), GRAN 7.6 (nilai normalnya 1.2- 8.0).

Saat di kaji pasien masih terpasang IVFD RL 20 tetes/menit, dan obat yang didapatkan Ranitidine 1 ampul, Paracetamol 500 mg/po, infus RL 500 cc.

### 3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data yang telah di kaji dengan menetapkan, masalah, penyebab, dan data penunjang.

#### a. Analisa data

No.	Data-data	Problem	Etiologi
1.	DS : pasien mengatakan nyeri pada uluh hati, nyeri terasa seperti tertikam dan menjalar ke perut bagian bawah kiri. DO : pasien tampak meringis, pasien tampak memegang perut yang sakit, TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 93 x/menit, S : 36 °C, RR : 20x/menit, Spo2 : 98 %. Skala nyeri 6.	Nyeri akut	Iritasi mukosa lambung
2.	DS : pasien mengatakan merasa mual dan muntah	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari	Intake yang tidak adekuat

<p>setiap kali makan minum.</p> <p>DO : porsi makan yang di habiskan hanya 3-4 sedok makan, pasien tampak mual</p> <p>BB sebelum sakit : 46 kg, BB saat ini 40 kg.</p>	kebutuhan tubuh	
--	-----------------	--

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat

**3.1.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi untuk diagnosa keperawatan : 1) Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung. Goal: pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. Objektif: Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x30 menit, diharapkan pasien akan menunjukkan outcomes: kontrol nyeri : mengenali kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab, menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik, menggunakan analgesik yang direkomendasikan. Intervensi : Manajemen nyeri : 1) lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, 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) dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, 5) beri individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik.

Intervensi untuk diagnosa keperawatan : 2) Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat. Goal: pasien akan pasien akan meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat selama dalam perawatan. Objektif: Setelah diberikan

tindakan keperawatan selama 1x24jam,diharapkan pasien akan menunjukkan outcomes : mencari makan, keinginan untuk makan, menyenangkan makanan. Intervensi : Manajemen Nutrisi : 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.

#### **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 keperawatan1:** Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung, tindakan yang dilakukan yaitu: pukul 08.15 Mengkaji pasien, pukul 08.35 mengkaji tingkat nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada uluh hati, nyeri terasa seperti tertikam dan menjalar ke perut bagian bawah kiri, skala nyeri 4 (sedang), pukul 09.00 mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti relaksasi. Hasilnya: pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang. Pukul 10.25 Mengobservasi TTV pasien, pukul 11.00 mendukung pasien istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.

**Diagnosa keperawatan 2 :** ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, tindakan yang dilakukan adalah : pukul 12.00 memberikan makan pada pasien. Hasilnya : pasien makan, melayani terapi Ranitidin, pukul 12. 25 memonitor mual muntah. Hasilnya : pasien tampak mual. Pukul 12.30

memonitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien. Hasilnya : pasien tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan.

Implementasi pada hari kedua Selasa, 16 Juli 2019, dilakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat. **Diagnosa keperawatan1:** Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung, tindakan yang dilakukan yaitu: pukul 07.45 Mengobservasi pasien, pukul 08.35 mengkaji tingkat nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada uluh hati, nyeri terasa seperti tertikam dan menjalar ke perut bagian bawah kiri, skala nyeri 3 (ringan), pukul 09.00 melayani terapi analgesik Taxegram 1 gr/IV, melayani Paracetamol 500mg/po, pukul 09.10 mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti relaksasi. Hasilnya: pasien mengatakan nyeri berkurang. Pukul 11.00 Mengobservasi TTV pasien, pukul 11.37 mendukung pasien istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri,.

**Diagnosa keperawatan 2 :** ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, tindakan yang dilakukan adalah : pukul 12.00 memberikan makan pada pasien. Hasilnya : pasien makan., pukul 12. 15 memonitor mual muntah. Hasilnya : pasien tampak mual. Pukul 12.25 memonitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien. Hasilnya : pasien tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan.

Implementasi pada hari ketiga Rabu, 17 Juli 2019, dilakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat. **Diagnosa keperawatan1:** Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung, tindakan yang dilakukan yaitu: pukul 08.00 Mengobservasi pasien, pukul 08.35 mengkaji tingkat nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada uluh hati, nyeri terasa seperti tertikam dan menjalar ke perut bagian bawah kiri, skala nyeri 2 (ringan), pukul 09.10 mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti relaksasi. Hasilnya: pasien mengatakan nyeri berkurang. Pukul 10.45 Mengobservasi TTV pasien, pukul 11.00

mendukung pasien istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, melayani terapi analgesik Ranitidine.

**Diagnosa keperawatan 2 :** ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, tindakan yang dilakukan adalah : pukul 12.00 memberikan makan pada pasien. Hasilnya : pasien makan., pukul 12. 15 memonitor mual muntah. Hasilnya : pasien tampak mual. Pukul 12.25 memonitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien. Hasilnya : pasien menghabiskan sebagian porsi makan yang diberikan.

### 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 keperawatan**1:** Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung, evaluasi dilakukan pukul 13.40 WITA : **S** : pasien mengatakan nyerinya berkurang nyeri terasa nyeri pada uluh hati, nyeri terasa seperti tertikam dan menjalar ke perut bagian bawah kiri. **O** : pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (sedang), hasil observasi TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 93 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36<sup>o</sup>C. **A** : masalah belum teratasi. **P:** lanjutkan intervensi 1 sampai 4. Diagnosa keperawatan **2** : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, evaluasi dilakukan pukul 13.54 WITA : **S** : pasien mengatakan masih merasa mual dan muntah. **O:** pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan dari porsi yang disediakan, pasien tampak mual, pasien tidak muntah. **A:** masalah belum teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan 1 sampai 4.

Evaluasi keperawatan pada hari kedua Selasa, 16 Juli 2019 untuk diagnosakeperawatan **1:** Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung, evaluasi dilakukan pukul 13.30 WITA : **S** : pasien mengatakan

nyeri berkurang dan nyeri terasa nyeri pada uluh hati, nyeri terasa seperti tertikam dan menjalar ke perut bagian bawah kiri. **O** : skala nyeri 3 (ringan), hasil observasi TTV : TD :100/60 mmHg, N : 92 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36<sup>0</sup>C. **A** : masalah belum teratasi. **P**: lanjutkan intervensi 1 sampai 4. Diagnosa keperawatan **2** : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, evaluasi dilakukan pukul 13.54 WITA : **S** : pasien mengatakan masih mual. **O**: pasien hanya menghabiskan sebagian porsi makan yang disediakan, pasien masih mual, pasien tidak muntah. **A**: masalah belum teratasi. **P**: intervensi dilanjutkan 1 sampai 4.

Evaluasi keperawatan pada hari ketiga Rabu, 17 Juli 2019 untuk diagnosa keperawatan**1**: Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung, evaluasi dilakukan pukul 13.30 WITA : **S** : pasien mengatakan nyeri berkurang dan nyeri terasa nyeri. **O** : skala nyeri 2 (ringan), hasil observasi TTV : TD :110/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36<sup>0</sup>C. **A** : masalah belum teratasi. **P**: lanjutkan intervensi 1 sampai 4. Diagnosa keperawatan **2** : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, evaluasi dilakukan pukul 13.54 WITA : **S** : pasien mengatakan tidak merasa mual dan muntah. **O**: pasien menghabiskan makan yang disediakan, pasien tampak mual, pasien tidak muntah. **A**: masalah teratasi. **P**: intervensi dihentikan.

## **3.2 Pembahasan**

### **3.2.1 Pengkajian**

Menurut (Lyndon, 2013), pengkajian keperawatan pada masalah nyeri secara umum mencakup lima hal, yaitu pemicu nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri, intensitas nyeri, dan waktu serangan. Cara mudah untuk mengingatnya adalah dengan PQRST yaitu : P = *Provoking* atau pemicu, yaitu faktor yang menimbulkan nyeri dan memengaruhi gawat atau ringannya nyeri, Q = *Quality* atau kualitas nyeri, misalnya rasa tajam atau tumpul, R = *Region* atau daerah/lokasi, yaitu, perjalanan ke daerah lain, S = *Severity* atau keparahan, yaitu intensitas nyeri, T = *Time* atau waktu, yaitu jangka waktu serangan dan frekuensi nyeri. Berdasarkan kasus nyata dilakukan pengkajian PQRST pada Nn. J. S. L. Yang ditemukan pada Nn. J. S. L diantaranya pasien mengatakan nyeri pada uluh hati sejak 2 hari yang lalu, nyeri terasa seperti tertikam dan menjalar ke perut bagian bawah kiri, pasien tampak meringis, skala nyeri 4, dan nyeri dirasakan bila pasien mengerjakan pekerjaan berat, sehingga menurut penulis tidak ada kesenjangan pada pengkajian antara teori dan kasus nyata.

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut (Alimul & Musrifatul,2013) diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan gangguan kenyamanan : nyeri,yaitu:Nyeri akut berhubungan denganagens cedera biologis, agens cedera fisik, agens cedera kimiawi, Nyeri kronis berhubungan dengan fraktur, cedera otot, gangguan iskemik, Gangguan mobilitas berhubungan dengan nyeri pada ekstremitas.

Pada kasus Nn. J. S. L tidak semua diagnosa keperawatan pada teori ditemukan pada kasus Nn. J. S. L. Pada kasus Nn. J. S. L dengan gangguan kenyamanan : nyeri, hanya ditemukan diagnose keperawatan 1) Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung. Sedangkan untuk diagnosa keperawatanNyeri kronis berhubungan dengan fraktur, cedera otot, gangguan iskemik, Gangguan mobilitas berhubungan dengan nyeri

pada ekstremitas.tidak diangkat karena pada kasus Nn. J. S. L tidak ditemukan tanda dan gejala untuk mendukung diagnosa keperawatan. Hal ini juga dapat terjadi karena pasien telah dirawat satu hari sebelumnya dan sudah diberikan tindakan keperawatan.

Tetapi pada pasie Nn. J. S. L ditemukan diagnosa keperawatan yang tidak ada pada diagnosa keperawatan untuk gangguan kenyamanan : nyeri, yaitu diagnosa keperawatan Ketidakseimbangan nutris : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat. Diagnosa keperawatan ini diangkat karena pasien memilki tanda dan gejala yang mendukung diagnosa keperawatan ini untuk diangkat serta mengatasi diagnosa keperawatan ini.

Berdasarkan teori dan kasus nyata, menurut penulis ada kesenjangan, dimana pada teori ada 3 diagnosa keperawatan untuk gangguan kenyamanan : nyeri , sedangkan yang ditemukan pada pasien Nn. J. S. L hanya 1 diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung dan 1 diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang tidak ada pada konsep teori yang diangkat pada Nn. J. S. L.

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang ditetapkan berdasarkan teori pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung, 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 penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik, 5) Dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Pada kasus Nn. J. S. L, semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini digunakan untuk menyelesaikan masalah

keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung seperti 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 keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, 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 Nn. J. S. L semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini digunakan untuk menyelesaikan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat 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.

Berdasarkan teori dan kasus nyata menurut penulis ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata, karena pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung ada pada konsep teori dan semua intervensi yang ada pada konsep teori di gunakan untuk mengatasi masalah tersebut. Sedangkan untuk diagnosa keperawatan kedua ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh tidak ada intervensi pada konsep teori.

### **3.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan dilakukan mulai tanggal 15 Juli sampai 17 Juli 2019. Untuk diagnosa keperawatan pertamanya nyeri akut berhubungan

dengan iritasi mukosa lambung 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 Ranitidine 1 ampul/IV, dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.

Implementasi keperawatan pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus nyata karena tindakan yang diberikan pada Nn. J. S. L disesuaikan dengan intervensi yang dibuat, tapi tidak berdasarkan teori, melainkan berdasarkan kasus implementasi antara lain, 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 Nn. J. S. L sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan. Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung yaitu pasien mengatakannya nyeri di ulu hati sudah berkurang, TTV TD: 110/80 mmHg, S: 36<sup>0</sup>C, N: 78x/menit, RR: 20x/menit, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan.

Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat yaitu pasien mengatakan tidak mual,

pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual dan muntah.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

##### 4.1.1 Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian pada Nn. J.S.L ditemukan nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk dan menyebar ke perut bagian bawah kiri, skala nyeri 4, dan nyeri dirasakan jika pasien makan terlambat. Saat dikaji juga ditemukan bahwa pasien merasa mual dan muntah setiap kali makan dan tidak menghabiskan porsi makan, BB sebelum sakit 46 kg, BB saat ini 40 kg.

##### 4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan 1) Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung, 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.

##### 4.1.3 Intervensi Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung, intervensi yang dibuat adalah 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 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, 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 Nn. J. S. L setiap hari sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri, mengukur tanda-tanda vital, melayani injeksi Ranitidine 1 ampul/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 keperawatan 1 pasien mengatakannya nyeri di ulu hati sudah berkurang dengan TTV TD: 110/80 mmHg, S: 36°C, N: 72x/menit, RR: 20 x/menit, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan. Diagnosa keperawatan 2 ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, pasien mengatakan tidak mual dan ditemukan pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual dan muntah, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

### 3.2 Saran

#### 1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan sebagai saran untuk menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Dyspepsia.

#### 2. Bagi Institusi

Hasil laporan diharapkan dapat menambah literatur perpustakaan dalam bidang keperawatan anak

#### 3. Bagi Institusi Rumah Sakit Bhayangkara Kupang

Diharapkan dengan adanya penelitian ini memberikan gambaran untuk setiap permasalahan yang terjadi pada pasien. Tenaga kesehatan khususnya perawat perlu menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan tepat dan fokus, dan memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan bagi pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dialami.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, K. (2018). *Keperawatan Gawat darurat dan Bencana Sheehy*. Jakarta: ELSEVIER.
- Hidayat, Alimul, Aziz, A & Uliyah, Musrifatul. 2013. *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta : Health Books.
- 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.
- Mubarak, Iqbal, Wahit. 2013. *Buku ajar : Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Nugroho Taufan. 2011. *Asuhan Keperawatan*. Edisi 1. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purnamasari, L. (2017). *Faktor risiko, klasifikasi, dan terapi sindrom dispepsia*. 870. Jakarta : EGC.
- Riani. (2015). *Hubungan tidak sarapan pagi, jenis makanan dan minuman yang memicu asam lambung dengan kejadian dispepsia pada remaja usia 15-19 tahun di desa tambang* .45.
- Saputra, Lyndon. 2013. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Townsend M. C. 1998. *Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri : Pedoman untuk pembuatan rencana perawatan*, Ed. 3. Jakarta : EGC.
- Wong LD, Kasprisin CA, Hess CS. 2012. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Edisi 4. Jakarta : EGC
- Yuriko, A. (2013). *Hubungan pola makan dengan kejadian depresi pada penderita dispepsia fungsional*.
- ..... 2019. *Buku Register Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang* .

# LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan

Kegiatan	Bulan																		
	1 2	1 3	1 4	1 5	1 6	1 7	18	1 9	2 0	2 1	2 2	2 3	2 4	25	26	2 7	29	30	31
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**  
**ADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**OLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

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

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



Nama Mahasiswa : Querovina Lopes  
Nim : PO5303201181228

### Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Nn. J. S. L  
Ruangan/Kamar : Mawar Rumah Sakit Bayangkara Kupang  
Diagnosa Medis : Dispepsia  
No.Medikal Record : 1577050  
Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 10.00  
Masuk Rumah Sakit : 14 Juli 2019 Jam : 12.15

#### Identitas Pasien

Nama Pasien	: Nn. J. S. L	Jenis kelamin	: Perempuan
Umur/tanggal lahir	: Edugo, 20 Juni 2000(19thn)	Status	: Belum
Agama	: Kristen Protestan	Perkawinan	:
Pendidikan Terakhir	: SMA	Suku Bangsa	:Indonesia/ Sabu
Alamat	: Oebobo	Pekerjaan	: Mahasiswa

#### Identitas Penanggung

Nama	: Nn. I. L	Pekerjaan	: Swasta
Jenis Kelamin	: Perempuan	Hubungan	: kakak kandung
Alamat	: Oebobo	Dengan Klien	

## Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama: Nyeri uluhati.
  - Kapan : ± 2 hari yang lalu
  - Lokasi : Perut
2. Riwayat Keluhan Utama
  - Mulai timbulnya keluhan : Pasien mengatakan nyeri uluhati menjalar keperut bagian bawah kiri.
  - Sifat keluhan : seperti tertusuk-tusuk dan muncul saat melakukan pekerjaan/ aktivitas
  - Lokasi : Perut
  - Keluhan lain yang menyertai : Mual muntah
  - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Saat melakukan aktivitas/ 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
    - Tidak ada Sebutkan : Pasien mengatakan tidak pernah masuk RS  
Cara Mengatasi : tidak ada
    - Riwayat Alergi : Nn. J. S. L tidak pernah mengalami alergi apapun  
Cara Mengatasi : tidak ada  
**Tidak**
    - Riwayat Operasi  
Ya :-  
**Tidak** Jenis : Nn. J. S. L tidak pernah operasi sebelumnya
4. Kebiasaan
  - Merokok  
Ya , Jumlah:  
**Tidak** : Nn. J. S. L tidak pernah merokok
  - Minum alkohol  
Ya , Jumlah: Nn. J. S. L tidak pernah minum alkohol  
**Tidak**
  - Minum kopi : Nn. J. S. L tidak pernah minum kopi  
Ya , Jumlah: tidak ada  
**Tidak**
  - Minum obat-obatan  
Ya Jenis, Ranitidin Jumlah: - waktu 3x1 peroral,



- √  **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**

### 3. 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

#### 4. Sistem Respirasi

– Keluhan : Tidak ada keluhan

– Inspeksi :

Jelas :  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

#### 5. Sistem Pencernaan:

–Keluhan : mual, muntah

–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 : Sawomatang
  - 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**

#### 6. 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**

#### 7. 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**

## 8. 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

## 9. Sistem Perkemihan

- Gangguan : kelainan menetes inkontinensia retensi  
 gross hematuri  disuria  poliuri  
 oliguri  anuri
- Alat bantu (kateter, dll) ya  **tidak**
- Kandung kencing : membesar ya  **tid**  
nyeri tekan ya  **tidak**
- Produksi urine :
- Intake cairan :  oral : 1500 cc/hr  parenteral : 500 cc
- Bentuk alat kelamin :  **Normal**  Tidaknormal,  
sebutkan
- Uretra :  **Normal**  Hipospadia  pispadia
- Lain-lain : Tidak ada

## 10. Sistem Endokrin:

- Keluhan : Nn. J. S. L mengatakan tidak ada keluhan
- Pembesaran Kelenjar :  ada, Jelaskan  **tidak ada**
- Lain – lain : Nn. J. S. L tidak ada keluhan

## 11. 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
- Lain-lain: Tidak ada

## 12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL):

- a. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- 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 : 48 gelas/hari
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada
- BB : 46 kg      TB : 160 cm
- Kenaikan/Penurunan BB: 40 kg, dalam waktu: -

2. Perubahan selama sakit : Tidak ada

b. Eliminasi:

1. Buang air kecil (BAK)

- Kebiasaan
- Frekuensi dalam sehari : 1-3x/hari    Warna : Kuning  
Bau :Khas Jumlah/ hari : 1-3x
- Perubahan selama sakit : Tidak ada

2. 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

c. Olah raga dan Aktivitas:

- Kegiatan olah raga yang disukai : Bulu Tangkis
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Kadang-kadang

d. Istirahat dan tidur:

- Tidur malam jam : 22.00  
Bangun jam : 09.00
- Tidur siang jam : tidak pernah  
Bangun jam : tidak pernah
- Apakah mudah terbangun : Tidak ada
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

**13. Pola Interaksi Sosial**

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Kakak pasien
2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : Baik  
Status rumah :Kos  
Cukup / tidak :Cukup  
Bising / tidak: Tidak

Banjir / tidak :Tidak

4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat :Dibicarakan dengan kakak.
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Duduk dan dibicarakan dengan baik
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga :Baik dan harmonis

#### 14. Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : Sesuai dengan keyakinan
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : tidak ada

#### 15. Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : pasien dapat menerima kondisinya
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : berharap dengan pengobatan dari dokter bisa sembuh dari sakitnya.
3. 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					
			15-07-2019					
1	WBC	5.0- 10.0	9.7					
2	Lym % = L	15.0- 50	12.7					
3	Lym	0.5- 5.0	1.2					
4	MID %	2.0- 15.0	9.2					
5	MID	0.1- 1.5	0.9					
6	GRA %	35.0- 80.0	78.1					
7	GRAN	1.2- 8.0	7.6					

Diagnostik Test:

1. Foto Rontgen
  - a. Foto gigi dan mulut : Tidak dilakukan pemeriksaan
  - b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : Tidak dilakukan

- c. Cholescystogram : Tidak dilakukan
- d. Foto colon : Tidak dilakukan
- 2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus
  - a. Ultrasonographi : Tidak dilakukan pemeriksaan
  - b. Biopsy : Tidak dilakukan
  - c. Colonoscopy : Tidak dilakukan

DII :

Penatalaksanaan/pengobatan

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

- 1. Pembedahan: Tidak dilakukan
- 2. Obat Oral:
  - a. Infus : RL 500 cc (20 tetes/menit)
  - b. Taxegram 1 gr/IV
  - c. Ranitidine 1 ampul
  - d. Paracetamol 500 mg/ po
- 3. Lain-lain :Tidak ada.

## B. Diagnosa Keperawatan

### 1. Analisa Data

No.	Data-data	Problem	Etiologi
1.	DS : pasien mengatakan nyeri pada uluh hati, nyeri terasa seperti tertikam dan menjalar ke perut bagian bawah kiri. DO : pasien tampak meringis, pasien tampak memegang perut yang sakit, TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 93 x/menit, S : 36 °C, RR : 20x/menit, Spo2 : 98 %	Nyeri akut	Iritasi mukosa lambung
2.	DS : pasien mengatakan merasa mual dan muntah setiap kali makan minum. DO : porsi makan yang di habiskan hanya 3-4 sedok makan, pasien tampak mual BB sebelum sakit : 46 kg, BB saat ini 40 kg.	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh	Intake yang tidak adekuat

## 2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat

### C. Intervensi keperawatan.

No	Diagnosa Keperawatan	Goal dan Obyektif	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung	NOC: setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan bebas dari nyeri. <b>1605:</b> tindakan pribadi untuk monevontrol nyeri jarang menunjukkan (2) menjadi sering menunjukkan (4) dengan indikator : mengenali kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab, menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik, menggunakan analgesik yang direkomendasikan.	NIC: Majemen nyeri, Kode: 1400 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, faktor pencetus</li> <li>2. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat</li> <li>3. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti relaksasi, terapi musik, aplikasi panas atau dingin dan pijatan)</li> <li>4. Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik</li> <li>5. Dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.</li> </ol>
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat	NOC: setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat. <b>1014:</b> keinginan makan banyak terganggu (2) menjadi sedikit terganggu (4) dengan indikator : mencari makan, keinginan untuk makan, menyenangkan makanan.	NIC: Manajemen nutrisi, Kode: 1100. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makan (misalnya bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat)</li> <li>2. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan</li> <li>3. Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan</li> <li>4. Pastikan makanan disajikan dengan</li> </ol>

			cara yang menarik dan pada suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal.
--	--	--	--

D. Implementasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Jam	Tindakan	Ttd perawat	Keterangan
1.	Senin 15-07-2019. Diagnosa 1	08.15 08.35 09.00  10.25 11.00	1. Mengkaji pasien 2. Mengkaji tingkat nyeri pasien 3. Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti relaksasi. 4. Mengobservasi TTV pasien 5. Mendukung pasien istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.		
	Senin 15-07-2019. Diagnosa 2	12.00 12.15 12.25  12.30	1. Memberikan makan pada pasien 2. Melayani terapi Ranitidin 3. Monitor mual dan muntah. 4. Monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien.		
2.	Selasa 16-07-2019	07.45	1. Mengobservasi pasien		

3.	Diagnosa 1	08.35	2. Mengkaji tingkat nyeri pasien		
		09.00	3. Melayani injeksi Taxegram 1 gr/IV		
		09.05	4. Melayani terapi Paracetamol 500 mg/po		
		09.10	5. Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti relaksasi		
		11.00	6. Mengobservasi TTV pasien		
		11.37	7. Mendukung pasien istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri		
	Selasa 16-07-2019	12.00	1. Memberikan makan pada pasien		
	Diagnosa 2	12.15	2. Memonitor mual muntah		
		12.25	3. Memonitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien		
	Rabu 17-07-2018	08.00	1. Mengobservasi pasien		
	Diagnosa 1	08.35	2. Mengkaji tingkat nyeri pasien		
		09.10	3. Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi		
		10.45	4. Mengobservasi TTV pasien		
		11.00			

	Rabu 17-07-2018	12.00	5. Mendukung pasien istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri		
	Diagnosa 2	12.15	1. Memberikan makan pada pasien		
		12.25	2. Memonitor mual muntah		
			3. Memonitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien		

#### E. Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Jam	Tindakan	Ttd perawat	Keterangan
1	Senin 15-07-2019 Diagnosa I	13.40	<p><b>S:</b> pasien mengatakan nyerinya berkurang nyeri terasa nyeri pada uluh hati, nyeri terasa seperti tertikam dan menjalar ke perut bagian bawah kiri.</p> <p><b>O :</b> pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (sedang), hasil observasi TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 93 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36°C.</p> <p><b>A :</b> masalah belum teratasi.</p> <p><b>P:</b> lanjutkan intervensi 1 sampai 4.</p>		
	Senin 15-07-2019 Diagnosa II	13.54	<p><b>S :</b> pasien mengatakan masih merasa mual dan muntah.</p> <p><b>O:</b> pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan dari porsi yang disediakan, pasien tampak</p>		
		11.40			

	<p>Selasa 16-07-2019 Diagnosa I</p>	<p>13.30</p>	<p>mual, pasien tidak muntah. <b>A:</b> masalah belum teratasi. <b>P:</b> intervensi dilanjutkan 1 sampai 4.</p> <p><b>S :</b> pasien mengatakan nyeri berkurang dan nyeri terasa nyeri pada uluh hati, nyeri terasa seperti tertikam dan menjalar ke perut bagian bawah kiri. <b>O :</b> skala nyeri 3 (ringan), hasil observasi TTV : TD :100/60 mmHg, N : 92 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36°C. <b>A :</b> masalah belum teratasi. <b>P:</b> lanjutkan intervensi 1 sampai 4.</p>		
	<p>Selasa 16-07-2019 Diagnosa II</p>	<p>13.54</p>	<p><b>S :</b> pasien mengatakan masih mual. <b>O:</b> pasien hanya menghabiskan sebagian porsi makan yang disediakan, pasien masih mual, pasien tidak muntah. <b>A:</b> masalah belum teratasi. <b>P:</b> intervensi dilanjutkan 1 sampai 4.</p>		
	<p>Rabu 17-07-2019 Diagnosa I</p>	<p>13.30</p>	<p><b>S :</b> pasien mengatakan nyeri berkurang dan nyeri terasa nyeri pada uluh hati, nyeri terasa seperti tertikam dan menjalar ke perut bagian bawah kiri. <b>O :</b> skala nyeri 2 (ringan), hasil observasi TTV : TD</p>		

	Rabu 17-07-2019 Diagnosa II	13.54	<p>:110/80 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36°C.</p> <p><b>A</b> : masalah belum teratasi.</p> <p><b>P</b>: lanjutkan intervensi 1 sampai 4.</p> <p><b>S</b> : pasien mengatakan tidak merasa mual dan muntah.</p> <p><b>O</b>: pasien menghabiskan makan yang disediakan, pasien tampak mual, pasien tidak muntah.</p> <p><b>A</b>: masalah teratasi.</p> <p><b>P</b>: intervensi dihentikan..</p>		
--	--------------------------------	-------	--	--	--

Lampiran 4 : 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](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : Querovina Lopes  
NIM : PO. 5303201181228  
NAMA PEMBIMBING : Aben B. Y. H. Romana,S.Kep.,Ns., M.Kep

NO	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 22/07/2019	Konsultasi awal Cover, BAB 1, BAB 2, BAB 3, BAB 4	Revisi cover, BAB 1, BAB 2, BAB 3, BAB 4, perhatikan cara pengetikan, ukuran kertas, margin dan beri penomoran halaman pada KTI, tambahkan data RS, revisi tujuan umum dan khusus dan manfaat.	
2.	Selasa, 23/07/2019	Konsultasi karya tulis ilmiah, Dari cover, Bab 1 sampai Bab 4.	Perbaiki judul KTI Revisi Bab 1, tambahkan buku sumber, tambahkan konsep teori asuhan keperawatan, tambahkan implementasi dan evaluasi menurut teori, perbaiki penulisan lembaran- lembaran pengesahan.	

3.	Kamis, 25/07/2019	Konsultasi karya tulis ilmiah, Dari cover, Bab 1 sampai Bab 4. Daftar Pustaka dan PPT untuk ujian sidang.	Revisi tanda baca dan masukan hanya data fokus pada power point.	H
4.	Jumat, 26/07/2019	Penyerahan makalah pada dosen penguji I dan penguji II	Siap diri untuk ujian sidang.	H
5.	Senin, 27/07/2019	Revisi KTI dari pembimbing dan penguji	Revisi judul KTI, perbaiki BAB 2, BAB 3 perbaiki etiologi, dan intervensi pada kasus. BAB 4 perbaiki kesimpulan dan perbaiki penulisan	H
6.	Selasa, 28/07/2019	Revisi KTI pada pembimbing dari penguji	Revisi cover, tambahkan tanggal pada setiap lembar pengesahan, perbaiki abstrak, BAB 1 perbaiki tujuan, BAB 2 perbaiki Intervensi, BAB 3 perbaiki penulisan etiologi, BAB 4 perbaiki pengetikan.	H
7.	Rabu, 31/07/2019	Revisi KTI dari Cover sampai lampiran	KTI ACC. Siap jilid.	H