

## **KARYA TULIS ILMIAH**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. B. N. DENGAN DISPEPSIA DI PUSKESMAS ALAK KOTA KUPANG**

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program  
Studi D-III keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



**MOH. REFAI**  
**NIM : PO5303201181220**

**PRODI RPL D-III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Moh. Refai  
NIM : PO5303201181220  
Program Studi : RPL D-III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019  
Pembuat Pernyataan



Moh. Refai  
NIM : PO5303201181220

Mengetahui  
Pembimbing



Israfil, S.Kep.Ns., M.Kes  
NUPN : 9908420062

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Moh. Refai, NIM : PO5303201181220  
dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. B. N. DENGAN  
DISPEPSIA DI PUSKESMAS ALAK KOTA KUPANG”  
telah di periksa dan di setujui untuk di ujikan

Disusun Oleh :

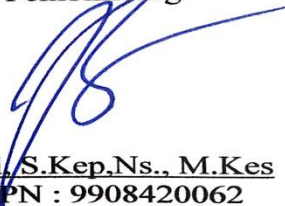


Moh. Refai  
NIM : PO5303201181220

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi RPL D- III  
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Mengetahui  
Pembimbing



Israfil, S.Kep.Ns., M.Kes  
NUPN : 9908420062

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. B. N. DENGAN DISPEPSIA DI  
PUSKESMAS ALAK KOTA KUPANG”**

Disusun Oleh :


  
Moh. Refai

NIM : PO5303201181220

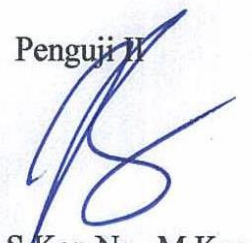
Telah Diuji Pada Tanggal 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I

  
Irfan, SKM., M.Kes  
NIP : 197104031996031003


Penguji II

  
Israfil, S.Kep.Ns., M.Kes  
NUPN : 9908420062

Mengesahkan  
Ketua Jurusan keperawatan

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

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan

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

## **BIODATA PENULIS**

Nama Lengkap : Moh. Refai  
Tempat Tanggal Lahir : Pemekasan 28 Agustus 1985  
Jenis Kelamin : Laki - laki  
Alamat : Asrama TNI-AD Kuanino  
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD Bunder 3 Pademawu
2. Tamat SMP N 1 Pademawu
3. Tamat MAN (MADRASA ALIYAH NEGERI)
4. SPK Kesdam IX / Udayana
5. Sejak Tahun 2018 Kuliah di Jurusan Keperawatan Prodi RPL D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Motto :

“ Kegagalan awal dari suatu keberhasilan”

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan banyak kemudahan, sehingga dapat menyelesaikan laporan studi kasus dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. B. N. DENGAN DISPEPSIA DI PUSKESMAS ALAK KOTA KUPANG” dengan baik.

Tak lupa penulis mengucapkan limpah terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam penulisan makalah ini, terutama kepada yang terhormat :

1. Ibu R.H Kristina, SKM., M.,Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalani perkuliahan di Program Studi RPL Diploma III Keperawatan Kupang Jurusan Keperawatan Kupang
2. Dr. Florentianus Taat, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama mengikuti perkuliahan di Program Studi RPL Diploma III keperawatan Kupang
3. Margaretha Teli, S.Kep,Ns., MSc-PH selaku Ketua Program Studi Diploma III keperawatan Kupang yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama mengikuti perkuliahan di Program Studi RPL Diploma III keperawatan Kupang.
4. Dosen dan Staf Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang atas bimbingan selama proses perkuliahan pada Program Studi Diploma III keperawatan Kupang.
5. Bapak Israfil, S.Kep,Ns., M.Kes sebagai Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang sudah membimbing penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan dengan baik.
6. Bapak Irfan, SKM., M.Kes selaku Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu bagi penulis untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Karya tulis ilmiah ini.

7. Ibu Risot Hasan, S.Kep,Ns sebagai Penguji Klinik yang telah mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Disadari bahwa Karya Tulis ini masih banyak kekurangan dan masih membutuhkan banyak masukan dan kritikan bersifat membangun dari semua pihak untuk perbaikan dimasa yang akan datang.

Kupang, Juli 2019

penulis

## **ABSTRAK**

**Asuhan keperawatan pada Ny. B. N (53 tahun) dengan Dispepsia di Puskesmas Alak. Oleh Moh. Refai PO.5303201181220  
Pembimbing: Israfil,S.Kep,Ns.,M.Kes ‘ Irfan, SKM.,M.Kes ‘**

Dispepsia adalah masalah umum , dan sering akibat penyakit gastroesophageal refluk ( GERD ) atau gastritis, tetapi dalam sebuah minoritas kecil mungkin merupakan gejala pertama dari penyakit ulkus peptikum ( tukak lambung dari lambung atau duodenum ) dan kadang – kadang kanker. Tujuan studi kasus adalah untuk menggambarkan Asuhan Keperawatan pada Ny.B. N (53 tahun) yang menderita Dispepsia di Puskesmas Alak.

Desain dalam studi kasus ini adalah secara deskriptif dengan Asuhan Keperawatan yang di lakukan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari penkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dilakukan selama satu hari.

Hasil penelitian: berdasarkan studi kasus pada Ny. B. N ditetapkan keperawatan Nyeri berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung, deficit pengetahuan berdasarkan dengan kurang terpaparnya informasi. Tindakan yang dilakukan adalah ajarkan tentang teknik non farmakologi: teknik relaksasi ( nafas dalam ) distraksi ( pengalihan ) dan mengajarkan cara mengkonsumsi obat analgetik, memberikan pendidikan kesehatan proses penyebab penyakit Dispepsia dan diet.

Kesimpulan: hasil yang telah dilakukan selama satu hari ditetapkan nyeri teratasi, pasien sudah mengerti tentang penyakit yang sedang di deritanya.

**Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Dispepsia Ny. B. N (53 tahun)**



## DAFTAR ISI

	Hal.
JUDUL	
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
BIODATA PENULIS.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	2
1.3 Metode Penulisan.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Penyakit Dispepsia.....	4
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Penyakit Dispepsia.....	6
BAB 3 STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus.....	11
3.2 Pembahasan .....	15
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	21
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan .....	22
4.2 Saran.....	23
DAFTAR PUSTAKA.....	24
LAMPIRAN	

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### 1.1 Latar Belakang

Kata Dyspepsia berasal dari bahasa Yunani yang berarti pencernaan yang sulit / jelek, juga dikenal sebagai sakit perut atau gangguan pencernaan, mengacu pada kondisi gangguan pencernaan. Ini adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan nyeri kronis atau berulang di atas perut kekenyangan dan merasa kenyang lebih awal dari yang diharapkan ketika makan. Hal ini dapat disertai dengan kembung, bersendawa, mual, atau mulas. Dispepsia adalah masalah umum, dan sering akibat penyakit gastroesophageal reflux (GERD) atau gastritis, tetapi dalam sebuah minoritas kecil mungkin merupakan gejala pertama dari penyakit ulkus peptikum (tukak lambung dari lambung atau duodenum) dan kadang-kadang kanker.

Banyak sumber, banyak juga angka yang diberikan. Ada yang menyebut 1 dari 10 orang, namun ada juga yang menyatakan sekitar 25 persen dari populasi. Mengenai jenis kelamin, ternyata baik lelaki maupun perempuan bisa terkena penyakit itu. Penyakit itu tidak mengenal batas usia, muda maupun tua, sama saja. Di Indonesia sendiri, survei yang dilakukan dr Ari F Syam dari FKUI pada tahun 2001 menghasilkan angka mendekati 50 persen dari 93 pasien yang diteliti. Sayangnya, tidak hanya di Indonesia, di luar negeri pun, menurut sumber di Internet, banyak orang yang tidak peduli dengan dispepsia itu. Mereka tahu bahwa ada perasaan tidak nyaman pada lambung mereka, tetapi hal itu tidak membuat mereka merasa perlu untuk segera memeriksakan diri ke dokter.

Padahal, menurut penelitian- masih dari luar negeri-ditemukan bahwa dari mereka yang memeriksakan diri ke dokter, hanya 1/3 yang tidak memiliki ulkus (borok) pada lambungnya atau dispepsia non-ulkus. Angka di Indonesia sendiri, penyebab dispepsi adalah 86 persen dispepsia fungsional, 13 persen ulkus dan 1 persen disebabkan oleh kanker lambung. Menurut Depkes (2003), dispepsia berada pada peringkat ke 10 dengan proporsi 1,5% untuk kategori 10 penyakit terbesar pada pasien rawat jalan diseluruh rumah

sakit di Indonesia. Tahun 2004 dispepsia menempati urutan ke 15 dari daftar 50 penyakit dengan pasien rawat inap terbanyak di Indonesia dengan proporsi 1,3 % dan menempati urutan ke 35 dari 50 penyakit penyebab kematian. Survei yang dilakukan dr Ari F. Syam dari FKUI pada tahun 2001 dari 93 pasien yang diteliti, hampir 50% mengalami dispepsia. Berdasarkan data dari Rumah Sakit umum Mokopido Tolitoli tahun 2011 didapatkan bahwa angka kejadian rawat inap kasus dispepsia diruang teratai interna berjumlah 204 pasien (22,7%), dan untuk tahun 2012 periode bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2012 adalah 154 pasien, dengan presentase 17,2%.

Masalah kesehatan yang tersebut diatas menarik minat peneliti untuk menulis karya tulis ilmiah oleh karena masalah tersebut harus ditanggulangi untuk mengurangi dan mencegah komplikasi – komplikasi yang lebih berat. Dan untuk mengatasi masalah – masalah yang lazim tersebut, diperlukan asuhan keperawatan yang komprehensif ditujukan untuk meningkatkan mencegah, mengatasi dan memulihkan kesehatan dengan mempergunakan pendekatan proses keperawatan.

## 1.2 Tujuan Penulisan

### 1.2.1. Tujuan Umum

Agar Mahasiswa Mampu Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Ny. B. N. Dengan Dispepsia Melalui Langkah – Langkah Proses Keperawatan

### 1.2.2. Tujuan Khusus

Agar Mahasiswa Mampu :

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan Dispepsia
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Dispepsia
3. Menetapkan perencanaan keperawatan pada pasien dengan Dispepsia.
4. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan Dispepsia.
5. Membuat Evaluasi keperawatan pada pasien dengan Dispepsia.

## 1.1 Manfaat Penulisan

### 1.3.1 Penulis

Manfaat penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi penulis adalah untuk menambah wawasan bagi penulis dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien Dispepsia.

### 1.3.2 Bagi instansi pendidikan

Manfaat penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi instansi pendidikan adalah sebagai bahan belajar bagi mahasiswa tentang peningkatan kualitas mahasiswa khususnya mahasiswa DIII Keperawatan.

### 1.3.3 Bagi Pasien

Manfaat penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi pasien adalah pasien dapat menerima asuhan keperawatan secara komprehensif selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini berlangsung.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit**

##### **2.1.1 Pengertian**

Dispepsia merupakan kumpulan keluhan/gejala klinis yang terdiri dari rasa tidak enak/sakit di perut bagian atas yang menetap atau mengalami kekambuhan keluhan refluks gastroesofagus klasik berupa rasa panas di dada (heartburn) dan regurgitasi asam lambung kini tidak lagi termasuk dispepsia (Mansjoer A edisi III, 2000 hal : 488). Batasan dispepsia terbagi atas dua yaitu :

1. Dispepsia organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya
2. Dispepsia non organik, atau dispepsia fungsional, atau dispepsia non ulkus (DNU), bila tidak jelas penyebabnya.

##### **2.1.2 Etiologi**

1. Perubahan pola makan
2. Pengaruh obat-obatan yang dimakan secara berlebihan dan dalam waktu yang lama
3. Alkohol dan nikotin rokok
4. Stres
5. Tumor atau kanker saluran pencernaan

##### **2.1.3 Manifestasi Klinik**

1. Nyeri perut (*abdominal discomfort*)
2. Rasa perih di ulu hati
3. Mual, kadang-kadang sampai muntah
4. Nafsu makan berkurang
5. Rasa lekas kenyang
6. Perut kembung
7. Rasa panas di dada dan perut
8. Regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba)

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Perubahan pola makan yang tidak teratur, obat-obatan yang tidak jelas, zat-zat seperti nikotin dan alkohol serta adanya kondisi kejiwaan stres, 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.

#### **2.1.5 Komplikasi**

Penderita syndrome dyspepsia selama bertahun-tahun dapat memicu adanya komplikasi yang tidak ringan. Adapun komplikasi dari dyspepsia adalah sebagai berikut : Pendarahan, Kanker lambung, Muntah darah, Ulkus peptikum.

#### **2.1.6 Pencegahan**

Pola makan yang normal dan teratur, pilih makanan yang seimbang dengan kebutuhan dan jadwal makan yang teratur, sebaiknya tidak mengkonsumsi makanan yang berkadar asam tinggi, cabai, alkohol, dan pantang rokok, bila harus makan obat karena sesuatu penyakit, misalnya sakit kepala, gunakan obat secara wajar dan tidak mengganggu fungsi lambung.

#### **2.1.7 Penatalaksanaan Medik**

- 1) Penatalaksanaan non farmakologis
  - a. Menghindari makanan yang dapat meningkatkan asam lambung
  - b. Menghindari faktor resiko seperti alkohol, makanan yang pedas, obat-obatan yang berlebihan, nikotin rokok, dan stres
  - c. Atur pola makan
- 2) Penatalaksanaan farmakologis yaitu :

Sampai saat ini belum ada regimen pengobatan yang memuaskan terutama dalam mengantisipasi kekambuhan. Hal ini dapat dimengerti

karena proses patofisiologinya pun masih belum jelas. Dilaporkan bahwa sampai 70 % kasus DF reponsif terhadap placebo.

Obat-obatan yang diberikan meliputi antacid (menetralkan asam lambung) golongan antikolinergik (menghambat pengeluaran asam lambung) dan prokinetik (mencegah terjadinya muntah)

### **2.1.8 Test 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.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1. 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 A, 2000, Hal. 488). Dispepsia merupakan kumpulan keluhan/gejala klinis (sindrom) yang terdiri dari rasa tidak enak/sakit diperut bagian atas yang dapat pula disertai dengan keluhan lain, perasaan panas di dada daerah jantung (heartburn), regurgitasi, kembung, perut terasa penuh, cepat kenyang, sendawa, anoreksia, mual, muntah, dan beberapa keluhan lainnya (Warpadji Sarwono, et all, 1996, hal. 26)

### **2.2.2. Diagnosa Keperawatan**

Menurut Inayah (2004) 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
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

### 2.2.3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk menngulangi masalah keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan.

- a. Nyeri berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung.

Tujuan : Terjadinya penurunan atau hilangnya rasa nyeri, dengan kriteria klien melaporkan terjadinya penurunan atau hilangnya rasa nyeri

INTERVENSI	RASIONAL
1. Kaji tingkat nyeri, beratnya (skala 0 – 10)	1. Berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan
2. Berikan istirahat dengan posisi semifowler	2. Dengan posisi semi-fowler dapat menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi telentang
3. Anjurkan klien untuk menghindari makanan yang dapat meningkatkan kerja asam lambung	3. dapat menghilangkan nyeri akut/hebat dan menurunkan aktivitas peristaltik
4. Anjurkan klien untuk tetap mengatur waktu makannya	4. mencegah terjadinya perih pada ulu hati/epigastrium
5. Observasi TTV tiap 24 jam	
6. Diskusikan dan ajarkan teknik relaksasi	5. sebagai indikator untuk



7. Kolaborasi dengan pemberian obat analgesik	<p>melanjutkan intervensi berikutnya</p> <p>6. Mengurangi rasa nyeri atau dapat terkontrol</p> <p>7. Menghilangkan rasa nyeri dan mempermudah kerjasama dengan intervensi terapi lain</p>
---	---

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

Tujuan : Menunjukkan peningkatan berat badan mencapai rentang yang diharapkan individu, dengan kriteria menyatakan pemahaman kebutuhan nutrisi

<b>INTERVENSI</b>	<b>RASIONAL</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau dan dokumentasikan dan haluaran tiap jam secara adekuat</li> <li>2. Timbang BB klien</li> <li>3. Berikan makanan sedikit tapi sering</li> <li>4. Catat status nutrisi pasien: turgor kulit, timbang berat badan, integritas mukosa mulut, kemampuan menelan, adanya bising usus, riwayat mual/rnuntah atau diare.</li> <li>5. Kaji pola diet klien yang disukai/tidak disukai.</li> <li>6. Monitor intake dan output secara periodik.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengidentifikasi indikasi/perkembangan dari hasil yang diharapkan</li> <li>2. Membantu menentukan keseimbangan cairan yang tepat</li> <li>3. meminimalkan anoreksia, dan mengurangi iritasi gaster</li> <li>4. Berguna dalam mendefinisikan derajat masalah dan intervensi yang tepat Berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan</li> <li>5. Membantu intervensi kebutuhan yang spesifik, meningkatkan intake diet klien.</li> </ol>

7. Catat adanya anoreksia, mual, muntah, dan tetapkan jika ada hubungannya dengan medikasi. Awasi frekuensi, volume, konsistensi Buang Air Besar (BAB).	6. Mengukur keefektifan nutrisi dan cairan 7. Dapat menentukan jenis diet dan mengidentifikasi pemecahan masalah untuk meningkatkan intake nutrisi.
---	--

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

Tujuan : Menyatakan pemahaman faktor penyebab dan perilaku yang perlu untuk memperbaiki defisit cairan, dengan kriteria mempertahankan/menunjukkan perubahan keseimbangan cairan, dibuktikan stabil, membran mukosa lembab, turgor kulit baik.

<b>INTERVENSI</b>	<b>RASIONAL</b>
1. Awasi tekanan darah dan nadi, pengisian kapiler, status membran mukosa, turgor kulit	1. Indikator keadekuatan volume sirkulasi perifer dan hidrasi seluler
2. Awasi jumlah dan tipe masukan cairan, ukur haluaran urine dengan akurat	2. 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/diuretik	3. 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	4. Melibatkan klien dalam rencana untuk memperbaiki
5. Berikan/awasi hiperalimentasi IV	

	<p>keseimbangan untuk berhasil</p> <p>5. Tindakan darurat untuk memperbaiki ketidakseimbangan cairan elektrolit</p>
--	---

d. Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatannya

Tujuan : Mendemonstrasikan coping yang positif dan mengungkapkan penurunan kecemasan, dengan kriteria menyatakan pemahaman tentang penyakitnya.

<b>INTERVENSI</b>	<b>RASIONAL</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tingkat kecemasan</li> <li>2. Berikan dorongan dan berikan waktu untuk mengungkapkan pikiran dan dengarkan semua keluhannya</li> <li>3. Jelaskan semua prosedur dan pengobatan</li> <li>4. Berikan dorongan spiritual</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui sejauh mana tingkat kecemasan yang dirasakan oleh klien sehingga memudahkan dalam tindakan selanjutnya</li> <li>2. Klien merasa ada yang memperhatikan sehingga klien merasa aman dalam segala hal tindakan yang diberikan</li> <li>3. Klien memahami dan mengerti tentang prosedur sehingga mau bekerjasama dalam perawatannya.</li> <li>4. Bahwa segala tindakan yang diberikan untuk proses penyembuhan penyakitnya, masih ada yang berkuasa menyembuhkannya yaitu Tuhan Yang Maha Esa.</li> </ol>

e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

**Tujuan :** Setelah diberikan pendidikan kesehatan pasien paham tentang penyakit yang diderita, **Objektif :** Dalam waktu 1 x 15 menit diberikan pendidikan kesehatan tentang penyakitnya, pasien paham dan mengerti tentang penyakitnya, **Kriteria Hasil :** Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan, Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar, Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskam perawat/tim kesehatan lainnya.

INTERVENSI	RASIONAL
1. Tumbuhkan sikap saling percaya dan perhatian 2. Pilih strategi pengajaran 3. Ajarkan keterampilan yang pasien harus masukan kedalam gaya hidup sehari-hari.	Meningkatkan pembelajaran. Konsistensi antara tindakan dan kata-kata yang di kombinasikan dengan pertumbuhan kesaaran diri pasien, kemampuan untuk berbagi kesadaran diri dengan orang lain, dan penerimaan terhadap pengalaman baru dari dasar hubungan saling percaya.

#### 2.2.4. Implementasi keperawatan

Implementasi di terapkan sesuai dengan intervensi yang telah di susun

#### 2.2.5. Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi dalam proses keperawatan mencakup pencapaian terhadap tujuan apakah masalah teratasi atau tidak, dan apabila tidak berhasil perlu dikaji, direncanakan dan dilaksanakan dalam jangka waktu panjang dan pendek tergantung respon dalam keefektifan intervensi

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

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

##### **3.1.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Juli 2019 di Puskesmas Alak. Metode pengkajian yang digunakan adalah metode *allo anamnesa* dan *auto anamnesa*.

##### **Data umum pasien**

Pengkajian dilakukan pada Ny. B N pendidikan terakhir SMA, alamat rumah RT 009/RW 003 kelurahan Nunbaun Dhela, kecamatan Alak, Agama Kristen Katholik, suku Flores, bahasa yang digunakan setiap hari adalah bahasa Indonesia, pekerjaan Ny. S.T ibu rumah tangga, jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat 1 km, alat transportasi yang digunakan adalah kendaraan bermotor (ojek).

Ny. B N mempunyai suami yang bekerja sebagai wiraswasta dan mempunyai 3 (tiga) orang anak, anak yang pertama laki – laki sudah berkeluarga dan tinggal di Ende, anak yang ketiga seorang perempuan melanjutkan sekolah perguruan tinggi di luar daerah NTT (di daerah jogya jawa tengah). Ny. B N tinggal bersama suami dan anak yang kedua.

Riwayat keshatan : Ny. B N dengan penampilan umum normal, sejak lebih 6 (enam) hari yang lalu mengalami keluhan nyeri ulu hati dan rasa tidak enak/sakit di perut bagian atas yang menetap disertai mual, sifat keluhan kadang – kadang (hilang timbul), lamanya nyeri 1 -2 menit. Ny. B N mengkonsumsi jenis makanan yang kurang sehat/ yang mengandung asam, pedis, kopi dan pola makan tidak teratur serta setres, memiliki riwayat penyakit Demam dan hipertensi yang terkontrol, dan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, minuman dan obat-obatan.

Analisis masalah kesehatan individu Ny. B N menderita Dispepsia yang belum mengalami komplikasi.

Pemeriksaan fisik : Ny. B N dengan penampilan umum normal, sejak lebih 6 (enam) hari yang lalu. Status gizi: TB: 140 cm, BB: 50 kg, hasil TTV: TD:140/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 38,5 °C, pernapasan: 20x/menit. Sistem pencernaan nyeri pada ulu hati, turgor kulit normal, warna kulit sawo mata, auskultasi bising usus/peristaltic 16x/menit, perkusi normal, palpasi nyeri tekan pada ulu hati.

**Analisa Data** : Masalah keperawatan yang pertama Nyeri Akut berhubungan dengan Iritasi pada mukosa lambung yang ditandai dengan DS : Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati seperti teriris-iris, nyeri terasa hilang timbul, lamanya  $\pm$ 1-2 menit dan juga merasa mual, DO : Wajah tampak meringis, nyeri tekan pada abdomen, TTV : TD : 140 / 80 MmHg, N : 80 / menit, S : 38,5 °c, RR : 20 / menit, Pengkajian Nyeri : P: nyeri, Q: nyeri seperti teriris-iris, R: Nyeri di uluhati, S: Skala 3, T: Nyeri hilang timbul  $\pm$ 1-2 menit.

Masalah keperawatan yang kedua adalah : Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang terpaparnya informasi yang ditandai dengan DS : Pasien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit dan penyebab penyakitnya, DO : Pasien tampak bingung saat di tanya tentang tanda dan gejala, penyebab penyakitnya

### 3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang di temukan pada kasus adalah Nyeri b/d iritasi pada mukosa lambung dan Kurangnya pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi

### 3.1.3 Intervensi keperawatan

Diagnosa yang pertama Nyeri b/d iritasi pada mukosa lambung, **Goal** : Selama dalam perawatan nyeri terkontrol atau teratasi, **Objektif** : Dalam waktu 1 x 30 menit setelah dilakukan asuhan keperawatan masalah nyeri teratasi atau terkontrol, **Kriteria Hasil** : Wajah tampak rileks, Mampu mengontrol nyeri, NIC : Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan, Ajarkan tentang teknik non farmakologi: teknis relaksasi ( nafas dalam ), distraksi ( pengalihan ),

Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan, Mengajarkan cara mengkonsumsi obat analgetik.

Diagnosa keperawatan yang kedua : Kurangnya pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi, **Goal** : Setelah diberikan pendidikan kesehatan pasien paham tentang penyakit yang diderita, **Objektif** : Dalam waktu 1 x 15 menit diberikan pendidikan kesehatan tentang penyakitnya, pasien paham dan mengerti tentang penyakitnya, **Kriteria Hasil** : Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan, Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar, Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya, Tidak ada keluhan nyeri, TTV dalam batas normal. NIC : Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, Beri pendidikan kesehatan tentang penyakit, penyebab dan diet.

#### **3.1.4 Implementasi Keperawatan**

Selasa, 16/7/2019 09.30 wita implementasi untuk diagnosa keperawatan Nyeri b/d iritasi mukosa lambung adalah : Membina hubungan saling percaya dengan pasien, Melakukan pengkajian nyeri, Hasil: Nyeri uluhati, skala nyeri 3, nyeri terasa seperti tersayat sayat, Mengobservasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan, Mengajarkan tentang teknik non farmakologi: teknik relaksasi (nafas dalam), dan distraksi (pengalihan), Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan, Mengajarkan cara mengkonsumsi obat analgetik.

Implementasi pada diagnosa Kurangnya pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi : Mengkaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, memberi pendidikan kesehatan tentang penyakit, penyebab, tanda dan gejala serta diet, mengajarkan tentang teknik non farmakologi: teknis relaksasi (nafas dalam), distraksi (pengalihan), menganjurkan pasien

untuk tidak mengkonsumsi minum kopi, makanan yang pedas, asam dan mengurangi tingkat stres.

### **3.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Selasa, 16/7/2019 jam : 10.15 wita evaluasi untuk diagnosa keperawatan Nyeri b/d iritasi mukosa lambung, S: Pasien mengatakan masih merasa nyeri, O: skala nyeri 2, wajah tampak rileks, A: masalah keperawatan Nyeri Teratasi, P: intervensi di lanjutkan di rumah

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan Kurangnya pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi, S: Pasien mengatakan paham tentang penyakit yang sedang di deritanya, O: pasien tampak paham dan menjawab semua pertanyaan yang ditanya, A: masalah keperawatan Kurang pengetahuan Teratasi, P: intervensi di lanjutkan di rumah

## **3.2 Pembahasan**

### **3.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Secara teori pengkajian dimulai dengan pengumpulan data, pengelompokan, atau analisa data, dan perumusan diagnosa, pengkajian juga merupakan tahap pertama dari proses keperawatan. Pada tahap pengkajian, penulis tidak banyak menemukan hambatan dalam mendapatkan informasi baik dari klien, keluarga, dan perawat. Data yang dikumpulkan berupa : data dasar yaitu semua informasi tentang klien mencakup : riwayat kesehatan, riwayat keluhan utama, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat psikososial dan riwayat spiritual.

Pengkajian fokus menurut Mansjoer A, 2000, Hal. 488), pada pasien 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).

Berdasarkan hasil pengumpulan data pada kasus Ny. B N didapatkan data bahwa : Klien mengatakan nyeri ulu hati seperti



tersayat-sayat dan hilang timbul, mual/muntah, Klien tampak meringis dan memegang perut bagian atas yang sakit, cemas dan tegang, tidak konsentrasi pada saat diajak komunikasi. Observasi vital sign Tekanan darah : 140/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernapasan : 20x/menit, Suhu badan : 38,5<sup>0</sup>C, Bising usus (+), Peristaltik usus 16 kali/menit.

Tanda dan gejala di atas muncul disebabkan karena stres yang berlebihan sehingga merangsang saraf simpatis NV (*Nervus Vagus*) dan terjadi peningkatan produksi HCL dilambung lalu terjadilah kontak antara HCL dengan mukosa gaster sehingga mengakibatkan iritasi pada mukosa lambung dan terjadilah nyeri. Meningkatnya HCL dilambung juga mengakibatkan pasien merasa mual dan muntah.

Maka penulis menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan hasil pengkajian pada kasus Ny. B. N.

### **3.2.2 Diagnosa keperawatan**

Menurut Potter & Perry (2001) dalam penelitian pada tahun 2005 diagnosa keperawatan yang muncul harus berdasarkan keluhan klien, dan ditambahkannya dalam penelitian bila pasien dalam proses penyembuhan cenderung masalah yang akan timbul tidak begitu kompleks seperti yang diharapkan.

Secara teori ada 5 diagnosa keperawatan yang mungkin timbul pada kasus dispepsia yang terdiri dari : 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, 5) Defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi.

Pada kasus nyata pada Ny.B.N didapatkan 2 diagnosa keperawatan yaitu : Nyeri epigastrium berhubungan dengan Iritasi mukosa lambung, dan Kurangnya pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi.

Berdasarkan data di atas penulis menetapkan bahwa tidak terdapat kesejangan anatara teori dan kasus nyata karena saat dikaji terdapat batasan karakteristik yang mendukung seperti ekspresi wajah yang menunjukkan nyeri, tidak dapat konsentrasi saat diajak komunikasi, berperilaku distraksi, nafsu makan menurun, pasien juga mengeluh nyeri tekan pada abdomen bagi kiri atas, sehingga penulis mengambil diagnosa nyeri akut berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung yang diambil dari buku Nanda Diagnosa Keperawatan domain 12 kenyamanan, kelas 1 kenyamanan fisik, kode 00132, hal. 469.

Lalu pada diagnosa kedua penulis mengambil diagnosa defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi karena batasan karakteristik yang terdapat pada diagnosa tersebut sesuai dengan kasus nyata Ny. B.N seperti klien kurang mengetahui penyebab dari penyakit yang pasien alami, klien tampak bingung pada saat di tanya, kurangnya sumber informasi yang di dapat oleh pasien yang penulis ambil dari buku Nanda Diagnosa Keperawatan domain 5 persepsi/kognitif, kelas 4 kognisi, kode 00126, hal. 274.

Berdasarkan teori di temukan beberapa diagnosa keperawatan yang tidak ditetapkan pada kasus nyata yaitu Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan rasa tidak enak setelah makan, anoreksia, Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan adanya mual, muntah, Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatannya, karena pada saat pengkajian tidak di temukan data yang mendukung untuk penetapan ketiga diagnosa tersebut.

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Perencanaan keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Perencanaan keperawatan adalah metode pemberian perawatan langsung pada pasien. Intervensi keperawatan adalah tindakan yang di rancang untuk membantu klien beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat kesehatan yang di harapkan.

Intervensi yang di rancang pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung terdiri dari : Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan, Ajarkan tentang teknik non farmakologi: teknis relaksasi (nafas dalam), distraksi (pengalihan), Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan, ajarkan cara mengkonsumsi obat analgetik. Pada diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi intervensinya yaitu : Kaji tingkat pengetahuan pasien, Beri pendidikan kesehatan tentang penyakit, penyebab dan diet.

Intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung tersebut di rancang karena membantu meyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam pengurangan nyeri, sangat mudah untuk di terapkan oleh pasien, sesuai dengan kondisi pasien, mengurangi nyeri secara sederhana, bisa dilakukan kapan saja dan membantu perawatan nyeri di rumah. Sedangkan pada diagnosa defisit pengetahuan harus dilakukan pendidikan kesehatan tentang penyakit karena dengan adanya pendidikan kesehatan pasien dapat mengetahui tentang penyakitnya, dapat mengatur pola hidup yang sesuai sehingga tidak terjadi keparahan atau komplikasi pada penyakit.

Dalam intervensi disimpulkan bahwa tidak didapatkan adanya kesenjangan antara teori intervensi keperawatan dan intervensi keperawatan yang penulis terapkan dalam perawatan kasus Ny. B.N. Alasannya karena semua intervensi yang ada dalam teori telah diterapkan dalam praktek klinik dilapangan.

### 3.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan rencana keperawatan mengacu pada rencana yang telah ditetapkan dalam teori. Pada tahap pelaksanaan ini dalam memberikan asuhan keperawatan penulis lebih banyak memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien, karena pasien hanya datang untuk melakukan pengobatan rawat jalan.

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada kasus Ny. B. N. yaitu : diagnosa keperawatan Nyeri akut b/d iritasi mukosa lambung adalah : Membina hubungan saling percaya dengan pasien, Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, Mengobservasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan, Mengajarkan tentang teknik non farmakologi : teknik relaksasi (nafas dalam), dan distraksi (pengalihan), Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan, Mengajarkan cara mengkonsumsi obat analgetik.

Implementasi yang telah dilakukan untuk diagnosa keperawatan Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi yaitu : Mengkaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga, memberi pendidikan kesehatan tentang penyakit, penyebab, tanda dan gejala serta diet, menganjurkan pasien untuk tidak mengkonsumsi minum kopi, makanan yang pedas, asam dan mengurangi tingkat stres.

Dalam implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan, seperti Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif karena dapat membantu dalam mengevaluasi gejala nyeri. Penanganan di berikan sesuai tingkat skala nyeri dari hasil pengkajian seperti pemberian terapi analgesik dan kontrol nyeri. Mengobservasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan, karena pasien yang mengalami nyeri sensitif untuk menjadi terhakimi dan akan mengganggu komunikasi terbuka antara pasien dan perawat. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi : teknis relaksasi (nafas dalam) karena dapat membantu pasien mengurangi ketegangan atau spasme otot, mendistribusikan

kembali tekanan pada bagian-bagian tubuh, dan membantu klien memfokuskan pada subyek pengurangan nyeri, tindakan distraksi (pengalihan) dapat membantu klien untuk tidak memfokuskan diri pada masalah yang berhubungan dengan nyeri. Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri sehingga pasien dapat mengerti tentang penyebab nyerinya dan mendorong pasien untuk menerapkan cara pengurangan nyeri yang telah di ajarkan, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan, Mengajarkan cara mengkonsumsi obat analgetik sehingga membantu keefektifan pemberian obat.

Implementasi pada diagnosa kedua yaitu Mengkaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga karena dengan mengkaji tingkat pengetahuan dapat membantu dalam menetapkan hal-hal apasaja yang harus di sampaikan pada pasien, memberi pendidikan kesehatan tentang penyakit, penyebab, tanda dan gejala serta diet sehingga pasien paham tentang penyakitnya dan mendorong pasien untuk mengikuti instruksi yang di berikan, menganjurkan pasien untuk tidak mengkonsumsi minum kopi, makanan yang pedas, asam karena makanan-makanan tersebut dapat mengiritasi mukosa lambung dan mengurangi tingkat stres sehingga tidak terjadi peningkatan produksi HCL di lambung.

### **3.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan hanya satu kali yaitu saat setelah penulis memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien. Dalam melaksanakan evaluasi, penulis menggunakan evaluasi proses dan evaluasi hasil.

Evaluasi yang penulis lakukan pada asuhan keperawatan Ny.B N dengan kasus dispepsia dilakukan dengan pendekatan SOAP.

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan Nyeri b/d iritasi mukosa lambung, data subyektif : Pasien mengatakan masih merasa nyeri, data obyektif : skala nyeri 2, wajah tampak rileks, A: masalah keperawatan

Nyeri Teratasi, P: intervensi di lanjutkan di rumah, dari hasil evaluasi tersebut di dapatkan bahwa kriteria hasil yang di tetapkan bisa dicapai oleh pasien karena pada awal pasien datang pasien mengalami stres yang meningkatkan ketegangan otot yang merangsang saraf simpatis NV (*nervus Vagus*) sehingga terjadi peningkatan produksi HCL di lambung maka dengan menerapkan teknik nafas dalam pasien tampak lebih rileks dan sehingga dapat mengurangi produksi produksi HCL di lambung sehingga nyerinya berkurang menjadi 2, pasien masih merasakan nyeri karena pasien belum mengkonsumsi obat yang di berikan jika pasien sudah mengkonsumsi obatnya maka akan membantu dalam keefektifan pengurangan nyeri pasien.

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan Kurangnya pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi, S: Pasien mengatakan paham tentang penyakit yang sedang di deritanya, O: pasien tampak paham dan menjawab semua pertanyaan yang ditanya, A: masalah keperawatan Kurang pengetahuan Teratasi, P: intervensi di lanjutkan di rumah, dari data hasil evaluasi di dapatkan data tersebut karena sebelum menyampaikan materi yang akan di sampaikan terlebih dahulu mengkaji tingkat pengetahuan pasien sehingga penyampaiaan materi pun disesuaikan dengan tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit dispepsia, dengan bahasa yang sederhana yang membuat pasien lebih cepat mengerti.

### **3.3 Keterbatasan Studi Kasus**

Keterbatasan penulis selama menyusun karya tulis ini yaitu : keterbatasan pasien yang ada pada saat pengambilan kasus, pasien hanya datang untuk melakukan rawat jalan, waktu yang di berikan sangat terbatas sehingga penulis mengalami kendala dalam menyusun karya tulis ini.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

Di dalam pengkajian dan penegakkan diagnosa keperawatan tidak ditemukan adanya kesenjangan dan yang ditemukan oleh peneliti antara data yang didapatkan oleh peneliti melalui hasil pengkajian dengan teori tentang gejala dan tanda pada klien dengan dispepsia, hanya saja format pengkajian peneliti gunakan tidak mencakup seluruh aspek yang akan dinilai. Misalnya saja untuk mengkaji integritas ego, dan neurosensori.

Sebab data dari hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan data-data yang termasuk dalam lingkup aspek integritas ego, neurosensori, dan nyeri/kenyamanan, yang menunjang terhadap masalah keperawatan yaitu nyeri dan kecemasan.

1. Data yang diperoleh pada klien merupakan langkah awal yang ditempuh oleh penulis untuk memperoleh data-data yang dibutuhkan agar asuhan keperawatan dapat ditegakkan. Dan hasil dari data pengkajian keperawatan yang timbul pada klien kasus dispepsia dalam teori tidak selamanya sama dengan yang ditemukan pada Ny. BN
2. Dari 5 diagnosa yang ada diteori, dua diagnosa yang didapatkan penulis pada Ny. B N kasus dispepsia yaitu, nyeri dan kurang pengetahuan.
3. Perencanaan keperawatan kasus pada Ny. B N dengan kasus dispepsia dibuat berdasarkan teori yang ada. Namun penulis hanya menyesuaikan perencanaan yang ada dikasus berdasarkan masalah keperawatan yang timbul
4. Pada tahap pelaksanaan, penulis dapat melaksanakan rencana yang telah disusun dengan adanya dukungan dan bantuan klien serta keluarga.
5. Tahap evaluasi berdasarkan tujuan yang ditetapkan maka penulis menganalisa bahwa kedua masalah keperawatan dapat teratasi.

## **4.2 Saran**

### **4.2.1 Bagi Pasien dan Keluarga**

1. Disarankan untuk menjalani pengobatan dengan teratur baik yang bersifat terapi maupun nonterapi sehingga mempercepat proses penyembuhan.
2. Keluarga mampu mengaplikasikan cara perawatan secara baik sesuai yang telah diajarkan agar klien dapat sembuh dan terbebas dari nyeri.
3. Pasien dan keluarga mampu mengaplikasikan perencanaan diit, makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan yang sesuai dengan teori yang diterapkan.

### **4.2.2 Bagi Pihak Institusi Pendidikan**

Diharapkan pihak institusi dapat memberikan tambahan waktu untuk penerapan studi kasus karena waktu yang di berikan sangat singkat.

### **4.2.3 Bagi Perawat**

Hasil karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat menjadi pedoman untuk penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan dispepsia.



## DAFTAR PUSTAKA

- Arief Mansjoer, dan kawan-kawan. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran* Ed 3 jilid 2. Penerbit Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 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
- Bare & Suzanne, 2002 *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Volume 2 (edisi 8), EGC : Jakarta
- NANDA Internasional Inc. *Diagnosa Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017*, Ed. 10. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta
- Bulechek, G. Dkk. 2013. *NOC (nursing intervention classification)*, edisi ke-6. Elsevier : Singapore
- Moorhead, s. Dkk. 2013, *NIC (nursing outcomes classification)*.edisi ke-5 Elsevier : Singapore
- Nurarif.&Kusuma, 2015, *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc.Edisi Revisi Jilid 3*,Jogjakarata : Mediaction Jogja



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



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

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

NAMA MAHASISWA : Moh. Refai

NIM : PO 5303201181220

## **Format Pengkajian Dewasa**

### **A. PENGKAJIAN**

Pengkajian pasien dengan Dispepsia meliputi :

Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah

Nama Pasien : Ny. B N

Ruangan : Puskesmas Alak

Diagnosa Medis : Dispepsya

Tanggal Pengkajian : 16 Juli 2019

Jam : 08.05 wita

Identitas Pasien

Nama Pasien : : Ny. B N

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur/Tanggal Lahir : 53 thun / 28 Mei 1954

Status Perkawinan : Menikah

Agama :Katholik

Suku Bangsa : Flores

Pendidikan Terakhir :SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat : kel.Nunbaun Dhela, Kec. Alak

### **Riwayat Kesehatan**

#### 1. Keluhan Utama : Nyeri

- Kapan : sejak kurang lebih 6 hari yang lalu
- Lokasi : Pada ulu hati

#### 2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan : pada tanggal 09 Juli 2019 pasien merasa nyeri pada ulu hati disertai dengan rasa mual
- Sifat keluhan : kadang – kadang (hilang timbul), lamanya 1-2 menit
- Lokasi : Ulu hati
- Keluhan lain yang menyertai : Demam dan pusing
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : pola makan tidak teratur, stres
- Apakah keluhan bertambah / berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) makan terlambat, mengkonsumsi makanan yang mengandung asam, pedis dan kepiran anak yang paling bungsu
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : segera ke puskesmas

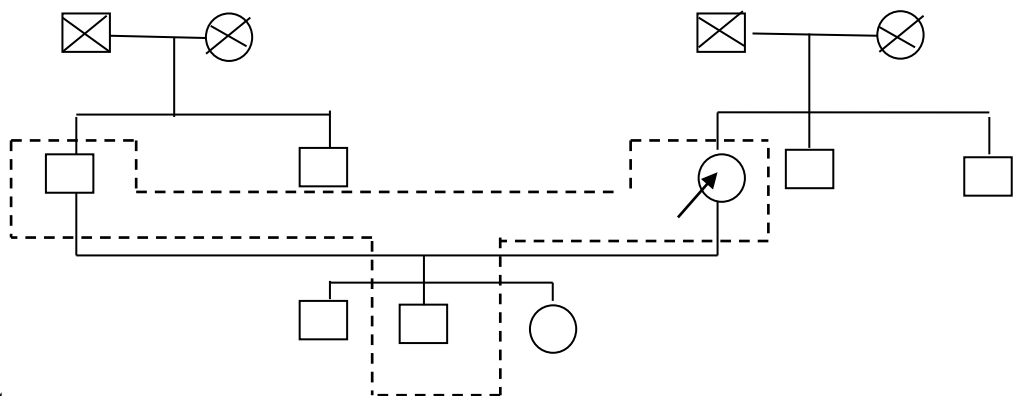
#### 3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita
  - o Ya , Sebutkan : Darah Tinggi, demam
  - o Cara Mengatasi : Segera berobat ke puskesmas

- Riwayat Alergi
  - o Tidak ada
- Riwayat Operasi
  - o Tidak ada
- Merokok
  - o Tidak
- Minum alkohol
  - o Tidak
- Minum kopi
  - o Ya , Jumlah : Satu gelas/hari, waktu : Pagi
- Minum obat-obatan
  - o Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi )

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Keterangan :

- : Laki - laki
- ↗ : klien
- : Perempuan
- ⊗ : Laki – laki meninggal
- ⊗ : Perempuan meninggal

## Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital :  
Tekanan darah : 140 / 80 MmHg - Nadi : 80x/menit - Pernapasan :  
20x/menit - Suhu badan : 38,5<sup>0</sup>C
2. Sistem Pencernaan
  - a. Keluhan : Nyeri pada ulu hati
  - b. Inspeksi : -
    - Turgor kulit :  Normal
    - l - Keadaan abdomen Warna kulit : sawo matang
    - Luka : tidak ada
    - Pembesaran: normal
    - Keadaan rectal: Normal
    - Luka : tidak
    - Perdarahan : tidak
    - Hemmoroid : tidak
  - c. Auskultasi :
    - Bising usus/Peristaltik : 16x/ menit
  - d. Perkusi : Normal
  - e. Palpasi : Nyeri : nyeri tekan Abnormal

## B. ANALISA DATA

NO	DATA - DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	Ds : Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati seperti teriris-iris, nyeri terasa hilang timbul ±1-2 menit dan juga merasa	Nyeri Akut	Iritasi pada mukosa lambuung

	<p>mual</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah tampak meringis,</li> <li>- nyeri tekan pada abdomen</li> <li>- TTV :</li> </ul> <p>TD : 140 / 80 MmHg</p> <p>N : 80 / menit</p> <p>S : 38,5 °c</p> <p>RR : 20 / menit</p> <p><b>Pengkajian Nyeri:</b></p> <p>P: nyeri</p> <p>Q: nyeri seperti teriris-iris</p> <p>R: Nyeri di uluhati</p> <p>S: Skala 3</p> <p>T: Nyeri hilang timbul ±1-2 menit</p>		
2	<p>Ds : Pasien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit dan penyebab penyakitnya</p>	Defisit Pengetahuan	Kurang terpaparnya informasi

	<p>Do : Pasien tampak bingung saat di Tanya tentang tanda dan gejala, penyebab penyakitnya</p>		
--	--	--	--

### C. DIAGNOSE KEPERAWATAN

1. Nyeri b/d iritasi pada mukosa lambung
2. Defisit Pengetahuan b/d Kurang terpaparnya informasi

### D. INTERVENSI

NO	Diagnose	Noc	Nic
1	Nyeri b/d iritasi pada mukosa lambung	<p><b>Goal :</b></p> <p>Selama dalam perawatan nyeri terkontrol atau teratasi</p> <p><b>Objektif :</b></p> <p>Dalam waktu 1 x 30 menit masalah nyeri terkontrol</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wajah tampak rileks</li> <li>2. Mampu mengontrol nyeri</li> </ol>	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan</li> <li>3. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: teknik relaksasi : (napas dalam), distraksi (pengalihan ).</li> <li>4. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan</li> <li>5. Mengajarkan cara</li> </ol>

			mengonsumsi obat analgetik.
2	Defisit Pengetahuan b/d Kurang terpaparnya informasih	<p><b>Goal :</b></p> <p>Setelah diberikan pendidikan kesehatan pasien paham tentang penyakit yang diderita</p> <p><b>Objektif :</b></p> <p>Dalam waktu 1 x 15 menit diberikan pendidikan kesehatan tentang penyakitnya pasien paham dan mengerti tentang penyakitnya</p> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</li> <li>2. Pasien mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> <li>3. Pasien mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskam perawat/tim kesehatan lainnya.</li> </ol>	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tingkat pengetahuan pasien</li> <li>2. Beri pendidikan kesehatan tentang penyakit, penyebab dan diet.</li> </ol>



		4. Tidak ada keluhan nyeri TTV dalam batas normal	
--	--	---	--

#### E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	Hari/tgl/jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN
1	Nyeri b. iritasi mukosa lambung	Selasa, 16/7/2019, 09.30 wita	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien</li> <li>2. Melakukan pengkajian nyeri Hasil: Nyeri uluhati, skala nyeri 3, nyeri terasa seperti tersayat-sayat,</li> <li>3. Mengobservasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan</li> <li>4. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi</li> <li>5. Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan</li> <li>6. Mengajarkan cara mengkonsumsi obat analgetik</li> </ol>
2	Defisit Pengetahuan b/d Kurang terpaparnya informasih	Selasa 16/7/2019 10.30 wita	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengkaji tingkat pengetahuan pasien</li> <li>3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit, penyebab, tanda dan gejala serta diet.</li> <li>4. Anjurkan pasien untuk tidak mengkonsumsi minum kopi, makanan yang pedas asam dan stres</li> </ol>

#### F. EVALUASI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	Hari/tgl/jam	EVALUASI KEPERAWATAN
----	----------	--------------	----------------------

	Nyeri b/d iritasi mukosa lambung	Selasa 16/7/2019 10.15 wita	S: Pasien mengatakan masih merasa nyeri  O: ku sedang, skala nyeri 2, wajah tampak rileks  A: masalah keperawatan Nyeri belum teratasi  P: intervensi di lanjutkan di rumah
2	Defisit Pengetahuan b/d kurang terpaparnya informasi	Selasa 16/7/2019 10.30 wita	S: Pasien mengatakan sudah mengerti tentang penyakit yang sedang di deritanya  O: -  A: masalah Teratasi  P: intervensi di hentikan