

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN,A.S DENGAN GANGGUAN  
KEBUTUHAN DASAR NUTRISI DISPEPSIA DI RUANGAN MAWAR  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA DRS TITUS ULY KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan Dan  
Mendapat Gelar AhliMadya Keperawatan**



**OLEH**

**DEA LUZYANA MARGARITA KEDOH  
PO. 530320118356**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA  
MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES  
KUPANG JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D III KEPERAWATAN  
TAHUN 2021**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dea Luzyana Margarita Kedoh

Nim : PO. 530320118356

Program Studi : D-III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

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

Kupang, 02 Juli 2021

Pembuat Pernyataan



Dea Luzyana Margarita Kedoh  
PO. 530320118356

Mengetahui

Pembimbing



Maria Agustina Making. S.Kep., Ns., M.Kep

## LEMBAR PERSETUJUAN


Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. A. S dengan judul “Gangguan Kebutuhan Dasar Nutrisi Dispepsia di Ruangan Mawar RUMAH SAKIT BHAYANGKARA DRS TITUS ULY KUPANG” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Disusun oleh



Dea Luzyana Margrita Kedoh  
NIM.PO530320118356

Pembimbing



Maria Agustina Making. S. Kep., Ns., M.Kep

## LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Dea Luzyana Margarita Kedoh dengan judul  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A. S DENGAN GANGGUAN  
KEBUTUHAN DASAR NUTRISI DISPEPSIA DI RUANGAN MAWAR  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA DRS TITUS ULY KUPANG

Telah di pertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 02 juli 2021

### Dewan Penguji

Penguji I :



Era Dorihi Kale, M.Kep. Ns, Sp.Kep.MB  
NIP.19771021999032001

Penguji II :



Maria Agustina Making, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIDN/NUPN: 0814088802

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat S. Kp., M. Kes  
NIP.1969112019930311015

Mengetahui  
Ketua Program Studi



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

## **BIODATA PENULIS**

Nama Lengkap : Dea Luzyana Margarita Kedoh

Tempat Tanggal Lahir : 17 Februari 2000

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Naimata SMP 11

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD GMIT Baudale Tahun 2012
2. Tamat SMPN 3 Lobalain Tahun 2015
3. Tamat SMAN 3 Kupang Tahun 2018
4. Sejak Tahun 2018 Kuliah di Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## **MOTTO**

Kesuksesan adalah Buah dari usaha-usaha Kecil yang diulang hari demi hari

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur Penulis hatur Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa Karena atas Berkat dan rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. A. S Dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Nutrisi Dispepsia Di Ruangan Mawar RS BHAYANGKARA POLRI TITUS ULY KUPANG”** Tanggal 26 April-01 Mei 2021. Dengan baik dan tepat pada waktunya. Laporan ini dibuat untuk menyelesaikan Studi pada program Studi diploma III Keperawatan dan mendapat gelar ahli madya Keperawatan. Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih Kepada:

1. Ibu Maria Agustina Making, S.Kep, Ns, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah dengan sabar dan penuh tanggung jawab dalam membimbing penulis sejak ujian Praktek, Proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah, hingga pada saat Ujian sidang.
2. Ibu Era Dorihi Kale, M.Kep, Ns, Sp.Kep. MB selaku penguji Satu dalam kegiatan ujian sidang, yang telah membantu penulis dengan memberikan kritik dan saran yang membangun untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu R. H. Kristina, SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
4. Pak Dr. Florentianus Tat S. Kp., M. Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, yang telah bersedia menjadi penanggungjawab dari kegiatan ujian akhir program.
5. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, Ns, MSc-PH selaku ketua program studi diploma III Keperawatan.
6. Pak Dr. Florentianus Tat S. Kp., M. Kes selaku pembimbing akademik yang telah membantu dalam memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama studi di Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses Karya Tulis Ilmiah.

7. Seluruh dosen, staf dan pegawai Kependidikan yang dengan caranya masing-masing telah membantu, dan mendukung penulis dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
8. Untuk kedua Orang tua, Semual Eduart Kedoh dan Susana Dollu yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
9. Kaka dan adik, Juita, denilson, bhungzu, dan fajar yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
10. Sahabat-sahabat terbaik, Alexia laisimau, Felisitas mallo, Selvi tamonob, Vebyana Lakamnasi, yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
11. Teman-teman seangkatan 27 yang telah memberikan motivasi dan dukungan, sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.

Akhirnya Kata Penulis Ucapkan terimakasih dan mohon maaf jika dalam pembuatan laporan ini masih banyak kekurangan yang penulis lakukan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang,02 Juli 2021

Penulis

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN,A.S DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN DASAR NUTRISI DISPEPSIA DI RUANGAN MAWAR RUMAH SAKIT BHAYANGKARA DRS TITUS ULY KUPANG

Dea Luzyana Margarita Kedoh, Maria Agustia Making\*)  
Prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang

#### vi + 52 Halaman, Lampiran

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. WHO memprediksi pada tahun 2020, proporsi angka kematian karena penyakit tidak menular akan meningkat menjadi 73% dan proporsi kesakitan menjadi 60% di dunia Indonesia menempati urutan ke 3.

**Metode:** Metode yang digunakan dalam studi kasus ini wawancara langsung dan pemeriksaan fisik.

**Hasil:** Hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri ulu hati seperti tertusuk-tusuk benda tajam. Pasien mengeluh nyeri diulu hati menjalar keperut bagian bawah, skala nyeri 5 (nyeri sedang). Diagnosa keperawatan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Intervensi yang diterapkan pada pasien adalah mengajarkan teknik relaksasi dan memberikan obat analgetik. Implementasi yang dilakukan adalah mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam, melayani pemberian obat ceterolac, monitor mual muntah, dan menganjurkan pasien menyikat gigi sebelum makan. Evaluasi didapatkan pasien merasakan nyeri diulu hati tetapi sudah agak berkurang dengan skala nyeri 2 (nyeri ringan), tidak mual muntah, dan menghabiskan porsi makan yang disediakan.

**Kesimpulan:** Asuhan keperawatan pada Tn. A. S dengan gangguan kebutuhan dasar nutrisi Dispepsia dilakukan melalui 5 tahap proses keperawatan. Semua masalah keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan diatas dilakukan secara optimal. **Saran:** Bagi perawat yaitu mengajarkan keluarga cara merawat pasien dengan dispepsia. Bagi pasien dan keluarga yaitu menjalani terapi pengobatan dengan teratur sehingga mempercepat proses penyembuhan sesuai teori yang diterapkan selama perawatan.

**Kata Kunci :** *Dispepsia, Asuhan Keperawatan*

**Kepustakaan:** 14 buah (2013-2021)



## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Biodata.....	ii
Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi.....	iv
Daftar Lampiran.....	vi

### **BAB I PENDAHULUAN**

1.1..Latar Belakang Masalah.....	1
1.2..Tujuan Kasus Studi.....	2
1.3..Manfaat Studi Kasus.....	2

### **BAB II TINJUAN PUSTAKA**

2.1..Konsep Teori.....	5
2.1.1....Pengertian.....	5
2.1.2....Etiologi.....	5
2.1.3....Patofisiologi .....	9
2.1.4....Manifestasi Klinis.....	10
2.1.5....Klasifikasi .....	12
2.1.6....Faktor Risiko.....	13
2.1.7....Pemeriksaan Penunjang.....	14
2.1.8....Komplikasi.....	16
2.1.9....Peneatalaksanaan.....	16
2.2..Konsep Asuhan Keperawatan.....	17
2.2.1....Pengkajian Keperawatan.....	17
2.2.2....Diagnosa Keperawatan.....	21
2.2.3....Intervensi Keperawatan.....	22
2.2.4....Implenentasi Keperawatan.....	27
2.2.5....Evaluasi Keperawatan.....	27

### **BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

3.1..Hasil Studi Kasus.....	28
3.1.1....Pengkajian Keperawatan.....	28
3.1.2....Diagnosa Keperawatan.....	28
3.1.3....Intervensi Keperawatan.....	29
3.1.4....Implementasi Keperawatan.....	33
3.1.5....Evaluasi Keperawatan.....	35
3.2..Pembahasan Studi Kasus.....	41
3.2.1....Pengkajian Keperawatan.....	43
3.2.2....Diagnosa Keperawatam.....	44
3.2.3....Intervensi Keperawatan.....	45
3.2.4....Implementasi Keperawatan.....	47
3.2.5....Evaluasi Keperawatan.....	48
3.3..Keterbatasan Studi.....	48

### **BAB IV PENUTUP**

4.1..Kesimpulan.....	50
4.2..Saran.....	51
4.3..Daftar Pustaka.....	52

### **LAMPIRAN**

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang Masalah

Dispepsia adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan nyeri atau rasa tidak nyaman pada perut bagian atas atau ulu hati (Irianto, 2015). Makan yang tidak teratur memicu timbulnya berbagai penyakit karena terjadi ketidak seimbangan dalam tubuh. Ketidak teraturan ini berhubungan dengan waktu makan. Biasanya, penyakit ini berada dalam kondisi terlalu lapar namun kadang-kadang terlalu kenyang. Sehingga kondisi lambung dan pencernaannya menjadi terganggu. Faktor yang memicu produksi asam lambung berlebihan, diantaranya beberapa zat kimia, seperti alcohol, umumnya obat penahan nyeri, asam cuka. Makanan dan minuman yang bersifat asam, makanan yang pedas serta bumbu yang merangsang, semua faktor pemicu tersebut dapat mengakibatkan dispepsia (Wariantio, 2011). Faktor risiko epidemiologi yang relevan terhadap dispepsia fungsional telah diidentifikasi dan terdiri atas beberapa hal, yaitu usia, jenis kelamin, infeksi *Helicobacter pylori*, dan faktor diet atau pola makan, serta faktor psikologis berupa stres atau kecemasan.

WHO memprediksi pada tahun 2020, proporsi angka kematian karena penyakit tidak menular akan meningkat menjadi 73% dan proporsi kesakitan menjadi 60% di dunia, sedangkan untuk negara SEARO (South East Asian Regional Office) pada tahun 2020 diprediksi angka kematian dan kesakitan karena penyakit tidak menular akan meningkat menjadi 50% dan 42%. Dispepsia merupakan salah satu jenis penyakit tidak menular yang terjadi tidak hanya di Indonesia, tetapi juga di dunia. Kasus dispepsia di dunia mencapai 13-40% dari total populasi setiap tahun. Dispepsia kini menjadi kasus penyakit yang diprediksi akan meningkat dari tahun ke tahun (WHO, 2007, dalam Fithriyana, 2018). Berdasarkan data WHO Prevalensi dispepsia sendiri secara global bervariasi antara 7-45 % tergantung pada definisi yang

digunakan dan lokasi geografis. Secara Global terdapat sekitar 15-40% penderita dyspepsia dan hampir setiap tahun mengenai 25% populasi didunia (Chaidir, 2015 dalam Sandi,2020). Depkes RI mengatakan bahwa dispepsia di Indonesia menempati urutan ke-15 dari 50 penyakit yang menyertai pasien rawat inap terbanyak (Sandi, 2020). Berdasarkan data Profil Kesehatan Republik Indonesia, kasus dispepsia merupakan peringkat kelima dari 10 kasus rawat inap tertinggi di Indonesia dengan jumlah pasien 24.716 orang. Selain itu pada kasus rawat jalan, dispepsia menduduki peringkat keenam dari 10 kasus rawat jalan tertinggi dengan jumlah pasien 88.599 orang (Parawansa 2021)

Solusi dalam menangani masalah dispepsia yang menimbulkan nyeri abdomen dapat dilakukan dengan manajemen nyeri meliputi pemberian terapi analgesik dan terapi non farmakologi berupa intervensi perilaku kognitif seperti teknik relaksasi, distraksi, dan terapi musik. Berbagai jenis teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri telah banyak diterapkan dalam tatanan pelayanan keperawatan yaitu dengan nafas dalam (Syamsiah dan Muslihat, 2015). Keterlibatan keluarga diperlukan dalam upaya memenuhi kebutuhan rasa nyaman pasien dalam menurunkan nyeri dengan manajemen nyeri non farmakologi yang bisa dilakukan keluarga antara lain massage, pelukan, distraksi dengan menghibur atau mendengarkan musik pada pasien (Ilmiasih, 2013). Makan yang teratur sangat penting untuk mengatur sekresi asam lambung, karena memberikan kemudahan kepada lambung untuk mengontrol produksi asam lambung sesuai dengan waktu makan (Erastus Mosha, 2014).

Adapun Dampak dari penyakit Dispepsia adalah dapat mengakibatkan gangguan pada penderita antara lain, pendarahan, kanker lambung, muntah darah dan terjadinya ulkus peptikum. Edukasi pasien merupakan proses untuk mempengaruhi perilaku, mengubah pengetahuan, sikap, dan kemampuan yang dibutuhkan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, yaitu dengan cara makan teratur, tidak menunda-nunda untuk

makan, tidak makan makanan pedas, asam, bergaram tinggi dan minuman kopi, serta alkohol. Diet yang dapat dilakukan yaitu diet lambung yang sudah disesuaikan dengan masyarakat Indonesia. Dasar diet tersebut adalah makan sedikit berulang kali, makanan yang banyak mengandung susu dalam porsi kecil. Makanan yang dimakan harus lembek, mudah dicerna, tidak merangsang, dan memungkinkan dapat menetralkan asam HCl. Proses tersebut dimulai dengan memberikan informasi serta interpretasi yang terintegrasi secara praktis sehingga terbentuk perilaku yang menguntungkan kesehatan. Dukungan keluarga dekat sangat penting dalam pembentukan perilaku kesehatan yang baik (Pardiansyah, 2016).

## **1.2 Tujuan Studi Kasus**

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan Dasar Nutrisi Dispepsia di Ruang Mawar RS Bhayangkara Polri Titus Uly Kupang.

### **1.2.2. Tujuan Khusus**

1. Mengetahui cara pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan dasar Nutrisi Dispepsia di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang.
2. Mengetahui Rumusan Diagnosa Keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan Dasar Nutrisi Dispepsia di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang.
3. Mengetahui Penyusunan Keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan Dasar Nutrisi Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang.
4. Mengetahui Implementasi pada pasien dengan gangguan kebutuhan dasar Nutrisi Dispepsia di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang.

5. Mengetahui Evaluasi pada pasien dengan gangguan kebutuhan Dasar Nutrisi Dispepsia di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhangkara Drs. Titus Uly Kupang.

### **1.3 Manfaat Studi Kasus**

#### **1.3.1. Manfaat Teori**

Sebagai referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan dimasa yang akan datang Khususnya pada pasien dengan gangguan kebutuhan dasar nutrisi Dispepsia di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhangkara Drs. Titus Uly Kupang.

#### **1.3.2. Manfaat Praktis**

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya. Dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien gangguan kebutuhan dasar nutrisi Dispepsia.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di Program Studi Ilmu Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah.

3. Bagi Institusi Rumah Sakit Bhangkara Drs. Titus Uly Kupang.

Penelitian ini di harapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan Praktek Keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien Dispepsia

4. Bagi Pasien

Agar dapat dijadikan sebagai pedoman untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Teori**

##### **2.1.1. Pengertian Dispepsia**

Dispepsia adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan nyeri atau rasa tidak nyaman pada perut bagian atas atau ulu hati (Irianto, 2015). Makan yang tidak teratur memicu timbulnya berbagai penyakit karena terjadi ketidak seimbangan dalam tubuh. Ketidak teraturan ini berhubungan dengan waktu makan. Biasanya, ia berada dalam kondisi terlalu lapar namun kadang-kadang terlalu kenyang. Sehingga kondisi lambung dan pencernaannya menjadi terganggu. Faktor yang memicu produksi asam lambung berlebihan, diantaranya beberapa zat kimia, seperti alcohol, umumnya obat penahan nyeri, asam cuka. Makanan dan minuman yang bersifat asam, makanan yang pedas serta bumbu yang merangsang, semua faktor pemicu tersebut dapat mengakibatkan dispepsia (Wariantio, 2011).

Penyakit dispepsia adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan nyeri atau rasa tidak nyaman pada perut bagian atas atau ulu hati

(Irianto, 2015) dalam Fithriyana (2018). Dispepsia juga merupakan salah satu masalah kesehatan yang sangat sering ditemui dalam kehidupan sehari-hari keluhan kesehatan yang berhubungan dengan makan atau keluhan yang berhubungan dengan gangguan saluran cerna (Pardiansyah dan Yusran, 2016). Octaviana dan Anam (2018) juga menegaskan, dispepsia termasuk salah satu jenis penyakit yang tidak menular namun akibat paparan penyakit tersebut dapat menyebabkan mortalitas yang sangat tinggi. Penderita dispepsia biasanya terjadi tidak hanya di Indonesia, tetapi juga terjadi di seluruh Dunia. Di dalam kehidupan masyarakat umum, penyakit dispepsia sering di samakan dengan penyakit maag, di karenakan terdapat kesamaan gejala antara keduanya. asumsi ini sebenarnya kurang tepat, karena kata maag berasal dari bahasa Belanda, yang berarti lambung, sedangkan kata dispepsia berasal dari bahasa Yunani, yang terdiri dari dua kata yaitu “*dys*” yang berarti buruk dan “*peptei*” yang berarti pencernaan. Jadi dispepsia berarti pencernaan yang buruk(Fithriyana, 2018). Menurut Arsyad dkk (2018), ada beberapa gejala penyakit dispepsia yaitu seperti nyeri epigastrik, rasa penuh pada bagian epigastrik, dan perut terasa penuh saat makan (cepat kenyang), mual dan muntah.

### **2.1.1. Etiologi**

Menurut Sorongan dkk (2013) Penyebab timbulnya dispepsia adalah faktor diet dan lingkungan, sekresi cairan asam lambung, fungsi motorik lambung, persepsi visceral lambung, psikologi, dan infeksi *Helicobacter pylori*. Disamping itu, hasil pengamatan Soewadji (2012) menemukan bahwa, jeda antara jadwal makan yang lama dan ketidak teraturan makan ternyata sangat erat kaitannya dengan timbulnya gejala dispepsia atau dengan kata lain pola makan yang tidak teratur dapat menyebabkan dispepsia. Pola makan yang tidak teratur umumnya menjadi masalah yang sering timbul pada remaja perempuan. Aktivitas yang tinggi baik kegiatan



disekolah maupun di luar sekolah menyebabkan makan menjadi tidak teratur.

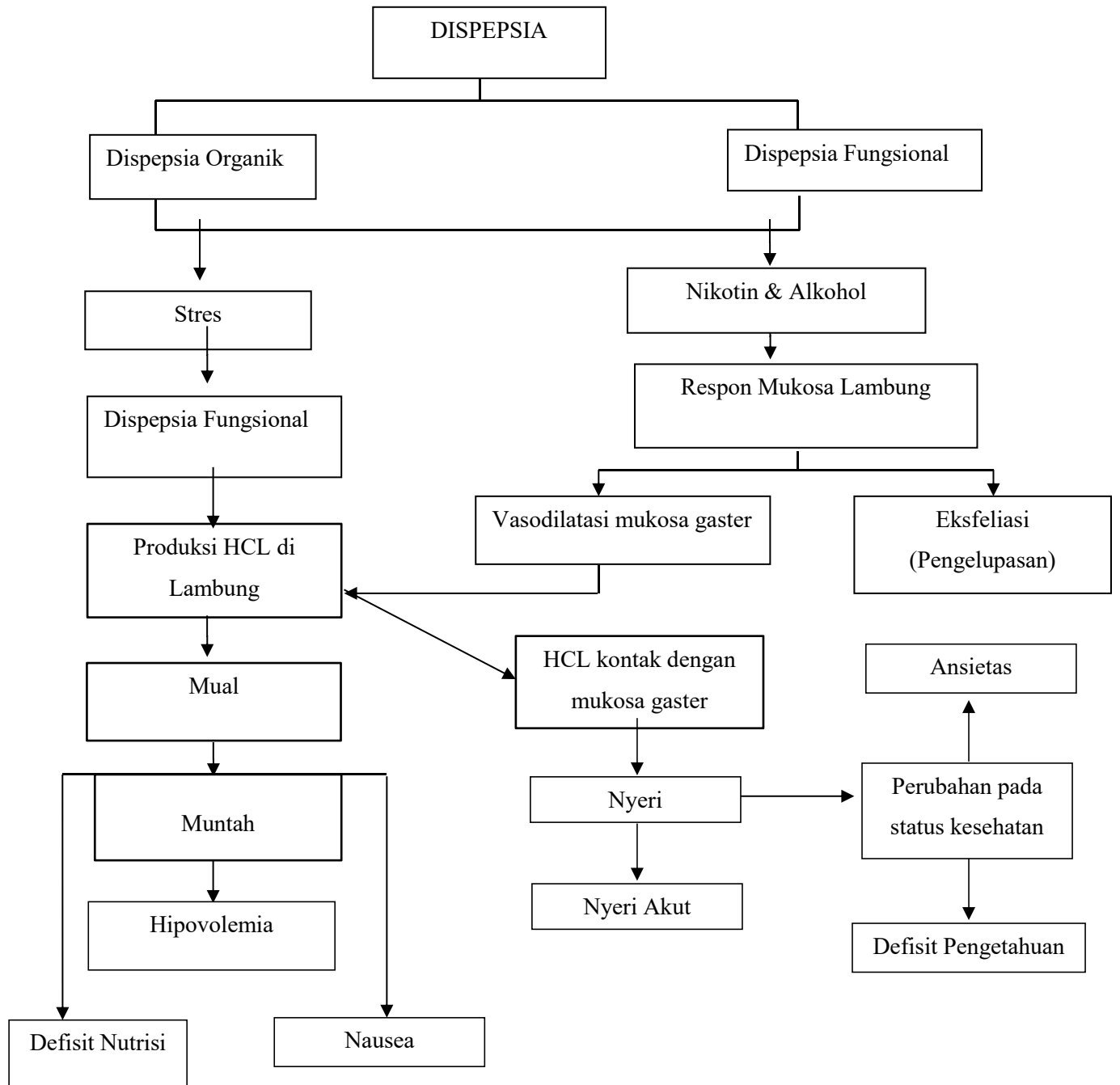
Penyebab dispepsia dapat dibedakan menjadi 2 yaitu :

- a) *Dyspepsia* organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya (misalnya tukak *peptic*, *gastritis*, *pankreatitis*, *kolesistitis* dan lainnya).
- b) *Dyspepsia* non organik atau *dyspepsia* fungsional atau *dyspepsia* nonulkus (DNU), bila tidak jelas penyebabnya.

### **2.1.2. 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.

PATHWAY



#### 2.1.4. Manifestasi Klinik

Klasifikasi klinis praktis, didasarkan atas keluhan/gejala yang dominan, membagi dispepsia menjadi tiga tipe :

1. Dispepsia dengan keluhan seperti ulkus, dengan gejala :
  - a) Nyeri epigastrium terlokalisasi
  - b) Nyeri hilang setelah makan atau pemberian antacid
  - c) Nyeri saat lapar
  - d) Nyeri episodic
2. Dispepsia dengan gejala seperti dismotilitas, dengan gejala seperti :
  - a) Mudah kenyang
  - b) Perut cepat terasa penuh saat makan
  - c) Mual
  - d) Muntah
  - e) Upper abdominal boating
  - f) Rasa tak nyaman bertambah saat makan
3. Dispepsia non-spesifik (tidak ada gejala seperti kedua tipe diatas)  
(Mansjoer, et al, 2007).

Sindroma dispepsia dapat bersifat ringan, sedang, dan berat, serta dapat akut atau kronis sesuai dengan perjalanan penyakitnya. Pembagian akut dan kronik berdasarkan atas jangka waktu tiga bulan. Nyeri dan rasa tidak nyaman pada perut atas atau dada mungkin disertai dengan sendawa dan suara usus yang keras (borborigmi). Pada beberapa penderita, makan dapat memperburuk nyeri; pada penderita yang lain, makan bisa mengurangi nyerinya. Gejala lain meliputi nafsu makanyang menurun, mual, sembelit, diare dan flatulensi (perut kembung). Jika dispepsia menetap selama lebih

dari beberapa minggu, atau tidak memberi respon terhadap pengobatan, atau disertai penurunan berat badan atau gejala lain yang tidak biasa, maka penderita harus menjalani pemeriksaan.

### **2.1.3. Klasifikasi**

Dispepsi diklasifikasikan menjadi dua, yaitu organik (Struktural) dan fungsional (non-organik). Pada dispepsia organik terdapat penyebab yang mendasari, seperti penyakit Ulkus peptikum (*Peptik Ucer Disease/PUD*), GERD (*GastroEsophageal Reflux Disease*), Kanker penggunaan alkohol atau obat Kronis. Non-organik (Fungsional) ditandai dengan nyeri atau tidak nyaman perut bagian atas yang kronis atau berulang, tanpa abnormalitas pada pemeriksaan fisik dan endoskopi.

### **2.1.4. Faktor Risiko**

Faktor diet (makanan dibakar, cepat saji, berlemak, pedas, kopi, teh) dan pola hidup (merokok, alkohol, obat NSAID/aspirin, kurang olahraga) diyakini berkontribusi pada dispepsia. 1,3-5 Rokok dianggap menurunkan efek perlindungan mukosa lambung, sedangkan alkohol dan obat anti inflamasi berperan meningkatkan produksi asam lambung. Faktor risiko dispepsia organik antara lain: usia >50 tahun, riwayat keluarga kanker lambung, riwayat ulkus peptikum, kegagalan terapi, riwayat perdarahan saluran cerna, anemia, penurunan berat badan, muntah persisten, perubahan kebiasaan buang air besar, penggunaan NSAID dosis tinggi atau jangka panjang, alkohol kronis, dll.

### **2.1.5. Pemeriksaan Penunjang**

1. Laboratorium Lebih banyak di tekankan untuk menyingkirkan penyebab organik lainnya seperti antara lain: pankreatitis kronis, DM. Pada dispepsia biasanya hasil laboratorium dalam batas normal.

2. Pemeriksaan radiologi yaitu, OMD dengan kontras ganda serologi helicobacter pylori.
3. Endoskopi
  - a. CLO (Rapid urea test)
  - b. Patologi anatomi
  - c. Kultur mikroorganisme jaringan
  - d. PCR (Polymerase Chain Reaction)

#### **2.1.6. Komplikasi**

1. Pendarahan saluran cerna
2. kanker lambung
3. ulkus peptikum bahkan kematian

#### **2.1.7. Penatalaksanaan**

Berdasarkan Konsensus Nasional Penanggulangan Helicobacter pylori 1996, ditetapkan skema penatalaksanaan dispepsia, yang dibedakan bagi sentra kesehatan dengan tenaga ahli (gastroenterolog atau internis) yang di sertai fasilitas endoskopi dengan penatalaksanaan dispepsia di masyarakat. Pengobatan dispepsia mengenal beberapa golongan obat, yaitu:

1. Antasida 20-150 ml/hari

Golongan obat ini mudah didapat dan murah. Antasida akan generalisir sekresi asam lambung. Antasida biasanya mengandung Na bikarbonat,  $\text{Al}(\text{OH})_3$ ,  $\text{Mg}(\text{OH})_2$ , dan Mg triksilat. Pemberian antasid jangan terus menerus, sifatnya hanya simtomatis, untuk mengurangi rasa nyeri. Mg triksilat dapat dipakai dalam waktu lebih lama, juga berkhasiat sebagai absorben sehingga bersifat nontoksik, namun dalam dosis besar akan menyebabkan diare karena terbentuk senyawa  $\text{MgCl}_2$

2. Antikolinergik

Perlu diperhatikan, karena kerja obat ini tidak spesifik. Obat yang agak selektif yaitu:pirenzepin bekerja sebagai anti reseptor muskarinik yang dapat menekan sekresi asam lambung sekitar 28-43%. Pirenzepin juga memiliki efek sitoprotektif.

3. Antagonis reseptor H<sub>2</sub>

Golongan obat ini banyak digunakan untuk mengobati dispepsia organik atau esensial seperti tukak peptik. Obat yang termasuk golongan antagonis reseptor H<sub>2</sub> antara lain simetidin, roksatidin, ranitidin, dan famotidin.

4. Penghambat pompa asam (proton pump inhibitor = PPI)

Golongan obat ini mengatur sekresi asam lambung pada stadium akhir dari proses sekresi asam lambung. Obat-obat yang termasuk golongan PPI adalah omeprazol, lansoprazol, dan pantoprazol.

5. Sitoprotektif

Prostaglandin sintetik seperti misoprostol (PGE<sub>1</sub>) dan enprostil (PGE<sub>2</sub>). Selain bersifat sitoprotektif, juga menekan sekresi asam lambung oleh sel parietal. Sukralfat berfungsi meningkatkan sekresi prostaglandin endogen, yang selanjutnya memperbaiki mikrosirkulasi, meningkatkan produksi mukus dan meningkatkan sekresi bikarbonat mukosa, serta membentuk lapisan protektif (site protective), yang bersenyawa dengan protein sekitar lesi mukosa saluran cerna bagian atas (SCBA).

6. Golongan prokinetik

Obat yang termasuk golongan ini, yaitu sisaprid, domperidon, dan metoklopramid. Golongan ini cukup efektif untuk mengobati dispepsia fungsional dan refluks esofagitis dengan mencegah refluks

dan memperbaiki bersihan asam lambung (acid clearance) (Mansjoer et al, 2007).

7. Psikoterapi dan psikofarmaka (obat anti- depresi dan cemas)

Pada pasien dengan dispepsia fungsional, karena tidak jarang keluhan yang muncul berhubungan dengan faktor kejiwaan seperti cemas dan depresi(Sawaludin, 2005). Sedangkan penatalaksanaan Non Farmakologi nya adalah sebagai berikut:

- Menghindari makanan yang dapat meningkatkan asam lambung.
- Menghindari faktor resiko seperti alcohol, makanan yang pedas, obat-obatan yang berlebihan, nikotin rokok, dan stress.
- Atur pola makan



## 2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Dispepsia

### 2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses di mana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan dispepsia meliputi adanya nyeri perut, rasa pedih di ulu hati, mual kadang-kadang muntah, nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, perut kembung, rasa panas didada dan perut, regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba) (Ida, 2016). Adapun proses pengkajian gawat darurat yaitu pengkajian primer (primary assessment). Primary Assessment dengan data subjektif yang di dapatkan yaitu keluhan utama: nyeri pada perut dan mengeluh mual muntah. Keluhan penyakit saat ini: mekanisme terjadinya. Riwayat penyakit terdahulu: adanya penyakit saraf atau riwayat cedera sebelumnya, kebiasaan minum alcohol, konsumsi medikasi anti coagulant atau agen anti platelet, adanya alergi, dan status imunisasi (Ida, 2016).

Data objektif: Airway adanya perubahan pola napas (apnea yang di selingi oleh hiperventilasi). Napas berbunyi stridor, ronki, mengi positif (kemungkinan karena aspirasi). Breathing dilakukan Auskultasi dada terdengar stridor/ronki/mengi, RR > 24x/menit. Circulation adanya perubahan tekanan darah atau normal (hipotensi), perubahan frekuensi jantung (bradikardi, takikardi yang diselingi dengan bradikardi disritmia). Disability adanya lemah/letargi, lelah, kaku, hilang keseimbangan, perubahan kesadaran bisa sampai koma. Pengkajian sekunder terdiri dari keluhan utama yaitu, adanya mual muntah-curigai apendisitis atau obstruksi usus, nyeri epigastrium yang kolik, curigai gastritis atau gastroenteritis, anoreksia dengan diare. Riwayat sosial dan medis yaitu, riwayat penggunaan dan penyalagunaan alcohol.

Curigai penyakit hati, penyalahgunaan obat intra vena, gejala putus obat, pembedahan abdomen sebelumnya, curigai adanya obstruksi usus, penyakit hati atau gastritis. alasan mencari pengobatan yaitu, identifikasi

perubahan pada gejala: identifikasi kontak dengan pemberi perawatan kesehatan lainnya untuk penyakit ini. pengobatan sebelum masukdi ruangan interna yaitu mengidentifikasi penggunaan obat-obatan buatan rumah, perubahan pada diet, penggunaan obat yang dijual bebas. Nyeri yaitu catat riwayat dan durasi nyeri dan gunakan metode pengkajian nyeri yaitu Provocate, : Quality, Region, Severe, dan Time.PQRST (Pamela, 2011).

Setelah melakukan pengkajian Primer dan sekunder selanjutnya melakukan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan ini meliputi: Pertama, pemeriksaan tekanan darah yang menjadi indicator dari rasanya nyeri. Tetapi yang lebih penting memberikan pengertian selama proses pasien dalam keadaan hipotensi, hipertensi, takikardi, takipnea, dan adanya penurunan saturasi oksigen. Kedua, asesmen respirasi dan kardiovaskuler dimana pengkajian ini harus menjadi perhatian, pada pasien dengan nyeri abdomen bagian atas, dapat di nyatakan adanya pneumonia atau iskemia jantung. Ketiga, asesmen abdomen kenyamanan posisi dan gerakan tubuh selama pemeriksaan sebagai isyarat lokasi, intensitas dan kemungkinan dari etiologi nyeri. Auskultasi abdomen di keempat kuardan meliputi frekuensi, dan karakteristik bising usus.perkusi pembesaran hati dan limpa, kaji suara timpani normal untuk organ solid/padat. palpasi adanya kekakuan abdomen, nyeri, masa dan hernia (Amelia, 2018).

### **2.2.2. Diagnosa Keperawatan**

Menurut Buku SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

1. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisilogis **D.0077**
2. Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan **D.0019**
3. Defisit Pengetahuan Berhubungan dengan Kurang terpapar informasi **D.0111**

### **2.2.3. Intervensi Keperawatan**

Pada diagnosa pertama adalah nyeri akut yang berhubungan dengan Agen Pencedera fisiologis, goal untuk diagnosa ini adalah pasien akan terhindar dari nyeri selama dalam perawatan ,dengan objektifnya dalam jangka waktu 15-20 menit pasien Tidak meringis. Dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa ini adalah dengan Lakukan pengkajian nyeri yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intervensi atau beratnya nyeri,dan faktor pencetus, Observasi adanya petunjuk pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri, Ajarkan prinsip prinsi manajemen nyeri. Intervensi manajemen nyeri (1400) hanya 4 aktifitas yang penulis ambil ini dikarenakan 4 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: pertama, lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif Provocate, Quality, Region, Severe, Time (PQRST). Kedua, observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidak nyamanan. Ketiga, pastikan perawatan analgesik bagi pasien. Ke empat, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (teknik relaksasi). Defisit nutiri berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan, manajemen nutrisi (I.03119), observasi: identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, monitor asupan makanan dan monitor berat badan. Terapeutik: lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu, oral hygiene sebelum makan, jika perlu, fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan), sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan protein, berikan suplemen makanan, jika perlu, hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi. Edukasi, anjurkan posisi duduk, jika mampu, ajarkan diet yang diprogramkan. Kolaborasi, kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.pereda nyeri,

antiemetik). Jika perlu. Kalaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis gizi yang di butuhkan jika perlu. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi Defisit Pengetahuan, tujuan berdasarkan SIKI yaitu Edukasi Kesehatan: (kode I.12383). Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x30 menit, di harapkan Status Kesehatan Komunitas Meningkat, dengan kriteria hasil: Ketersediaan program promosi kesehatan meningkat, Kepatuhan terhadap standar kesehatan lingkungan meningkat, prevalensi penyakit, angka penyalahgunaan zat, angka penyalahgunaan alkohol, angka kebiasaan merokok. Dengan perencanaan yang di buat berdasarkan SLKI, yaitu Status Kesehatan Komunitas : (kode L.12109), dengan intervensi observasi: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, terapeutik: sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Edukasi: jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

#### **2.2.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di tunjukkan pada perawat untuk membuat klien dalam mencapai tujuan yang di harapkan oleh karena itu rencan tindakan yang spesifik di laksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemulihan (Nursalam,2001).

#### **2.2.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah berhasil di capai. Melalui

evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa data, perencanaan dan pelaksanaan tindakan. Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah di rencanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang di amati dengan kriteria hasil yang telah di buat pada tahap perencanaan (Nursalam, 2001). Evaluasi dapat di lakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP.

### **BAB III**

#### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMABAHASAN**

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

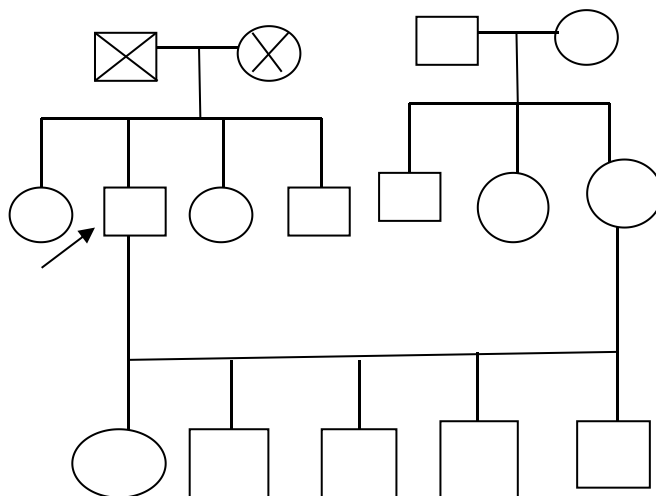
##### **3.3.1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian pada Tn. A. S. dengan diagnosa medis Dispepsia, di Ruangan Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Titus Uly Kupang di lakukan pada rabu, 28 April 2021 jam 09.00 Wita dengan keluhan utama pasien mengeluh nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk benda tajam yang menjalar ke perut bagian bawah. Data pengkajian yang di dapatkan adalah: Identitas: Tn. A. S. , Jenis kelamin Laki-laki, Lahir tanggal 01 Agustus 1946, Umur 75 Tahun, NMR 108549, Alamat fatufeto, Pendidikan terakhir: SMA, Status: menikah, Pekerjaan: wartawan. Riwayat keluhan utama: Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 27 April 2021 pukul 09.00 WITA dan di terima melalui UGD dengan keluhan nyeri di ulu hati seperti tertusuk tusuk benda tajam menjalar ke perut bagian bawah. Keluhan yang di rasakan mulai muncul sejak 3 hari yang lalu (tanggal 24 April 2021) setelah makan makanan yang pedas dan hanya minum obat Ranitidin per oral 500 mg di rumah untuk mengurangi nyeri. Saat ini tidak ada keluhan lain yang menyertai.

Riwayat penyakit sebelumnya, Tn. A. S. mengatakan tidak pernah mengalami penyakit dengan keluhan yang sama, tidak ada riwayat alergi

terhadap makanan, tidak pernah melakukan operasi, pasien tidak merokok dan minum alcohol, pasien mengatakan suka minum kopi. Saat ini pasien mendapat obat injeksi cetorolac 30 mg/IV dan injeksi Pumpicel 2x40 mg/IV. Riwayat penyakit keluarga, tidak ada keluarga yang sakit sama seperti Tn. A. S.

## Genogram



Keterangan :



: Laki-laki meninggal



: perempuan meninggal



: Laki-laki



: perempuan



: pasien

Saat di lakukan pemeriksaan fisik di dapatkan, TD: 160/100 mmHg, RR: 18x/menit, N: 68x/menit, S: 36,10C. 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 di palpasi, tidak pernah melakukan operasi pada mata, pasien tidak mengalami gangguan pendengaran, tidak ada nyeri pada telinga saat di palpasi, pasien tidak memiliki riwayat penyakit pada telinga di antaranya rhinitus, polip, sinusitis dan epistaksis, 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 di auskultasi bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada bunyi jantung tambahan S3 (gallop) dan S4, tidak ada murmur.

Respirasi: Pasien tidak sesak napas, irama napas teratur, tidak ada retraksi dinding dada, saat di perkusi tidak ada cairan, tidak ada udara dan tidak ada massa, bunyi napas normal, tidak terdengar ronchi atau pun wheezing. Pencernaan: Saat di tanya pasien mengatakan susah BAB, 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 atau pun perdarahan, bising usus 14x/menit, saat di perkusi tidak ada cairan, tidak ada udara dan tidak ada masa pada abdomen, tidak ada nyeri pada abdomen saat di palpasi. Persarafan: Kesadaran composmentis, GCS E4V5M6= 15, pupil mengecil saat di beri 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:

$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$



Integument: 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 20 tpm. Reproduksi: Tidak ada keluhan.

Pola kegiatan sehari-hari. Nutrisi: Saat ini pola makan pasien diatur dengan jadwal makan pagi jam 07.00, makan siang jam 12.00 dan makan malam jam 19.00, nafsu makan pasien menurun, pasien mengatakan semua makanan disukai, dalam sehari pasien biasanya minum air sebanyak 4-5 gelas, keluarga pasien mengatakan saat ini pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan dari porsi makanan yang di sediakan, BB: 54 kg, TB: 170 cm, IMT: 18,68 (normal), pasien tampak mual dan muntah. Eliminasi: Pasien mengatakan susah BAB, BAK dalam sehari bisa 1-2x, berwarna putih Olahraga atau aktivitas: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya suka Lari pagi, dan kegiatan itu tidak di lakukan secara rutin. Istirahat atau tidur: Saat sakit jam tidur pasien meningkat, waktu pasien lebih banyak di gunakan untuk tidur dan istirahat, pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur, pasien biasanya tidur malam jam 22.00 dan bangun jam 04.00, tidur siang jam 13.00 kadang-kadang tidak tidur dan bangun jam 15.00. Pola interaksi sosial: Pasien mengatakan orang yang terdekat adalah istri dan anak, sebelum sakit pasien sering mengikuti kegiatan kerohanian di gereja seperti bergereja, pasien mengatakan jika ada masalah selalu di bicarakan dengan istri, interaksi antara pasien dan keluarga baik.

Kegiatan keagamaan atau spiritual: Saat di kaji pasien mengatakan sebelum sakit selalu ke gereja dan setiap hari rabu untuk ibadah rumah tangga dan selalu terlibat dalam kegiatan kerohanian di gereja. Keadaan psikologis selama sakit: Pasien berharap sembuh agar dapat melakukan aktivitas seperti biasa, pasien dapat berinteraksi dengan baik dan kooperatif

terhadap setiap pelayanan yang di berikan oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan laboratorium yang di lakukan pada tanggal 28 April 2021 jam 09:40 di dapatkan hasil yaitu ureum 19 mg/dL, kreatinin 0,5 mg/dl, pemeriksaan urin di dapatkan pH urin 6,0,mg/dl BJ 1,015 mg/dl.

### **3.3.2. Diagnosa Keperawatan**

Analisa data: 1) data subjektif: Pengkajian PQRST: P: nyeri muncul seketika, ketika beraktivitas maupun tidak beraktivitas, Q: nyerinya menjalar ke perut bagian bawah, R: dibagian perut bagian bawah, S: skala 5, nyeri sedang, dan T: nyeri nya hilang timbul, data objektif, pasien Tampak meringis bahwa ia merasa sakit pada bagian perut, pasien terlihat meringis kesakitan, TTV: TD: 160/100 mmHg, Nadi: 68 kali per menit. RR: 18 x/menit masalah nyeri akut etiologi agen pencedera fisiologis 2) data subjektif pasien mengatakan bahwa ia cepat kenyang setelah makan, data objektif Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal masalah defisit nutrisi etiologi ketidakmampuan mencerna makanan 3) data subjektif pasien Tn. A.S mengatakan bahwa ia tidak tahu apa yang menyebabkan penyakit yang di deritanya serta tanda dan gejala dari penyakit nya, data objektif Klien terlihat bingung, tidak paham saat ditanya terkait dengan penyakitnya, dan menunjukkan presepsi yang keliru terhadap masalah, masalah defisit pengetahuan etiologi kurang terpapar informasi.

Diagnosa keperawatan di tegakkan berdasarkan data – data yang di kaji, di mulai dengan menemukan penyebab, kemudian menetapkan masalah dan data pendukung. Masalah yang di temukan adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang di tandai dengan pasien Tampak meringis bahwa ia merasa sakit pada bagian perut, pasien terlihat meringis kesakitan, Pengkajian PQRST: P: nyeri muncul seketika, ketika beraktivitas maupun tidak beraktivitas, Q: nyeri nya menjalar ke perut bagian bawah, R: dibagian perut bagian bawah, S: skala 5, nyeri sedang, (Rentang nyeri 1-10) dan T:

nyerinya hilang timbul, TTV: TD: 160/100 mmHg, Nadi: 68 kali permenit. RR: 18 x/menit.

2. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan yang di tandai dengan pasien Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, pasien mengatakan bahwa ia cepat kenyang setelah makan.
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang di tandai dengan pasien Tn. A.S mengatakan bahwa ia tidak tahu apa yang menyebabkan penyakit yang di deritanya, serta tanda dan gejala dari penyakit nya, Klien terlihat bingung dan tidak paham saat di tanya terkait dengan penyakitnya dan menunjukkan presepsi yang keliru terhadap masalah

### **3.3.3. Intervensi**

Nyeri akut, di pilih menjadi diagnosa keperawatan prioritas karena dapat mengancam jiwa atau kesehatan, maka tujuan untuk diagnosa pertama berdasarkan SLKI adalah yang pertama Kepuasan klien: manajemen nyeri (kode I.08238) dan yang kedua Tingkat nyeri (kode L.08066).

Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x30 menit di harapkan Tingkat nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri Menurun, Meringis menurun, Kesulitan Tidur menurun, Mual Menurun, Frekuensi nadi membaik, Perilaku membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik

Dengan perencanaan yang di buat berdasarkan SLKI yaitu Manajemen nyeri, dengan intervensi Lakukan pengkajian nyeri yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus; Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidak nyamanan; Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (seperti, relaksasi, tarik nafas dalam, terapi musik); Anjurkan pasien untuk istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, dan Informasikan kepada

anggota keluarga mengenai strategi non farmakologi yang sedang di gunakan untuk mendorong keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien.

Defisit Nutrisi tujuan berdasarkan SIKI yaitu Manajemen nutrisi (kode I.03119). Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x30 menit di harapkan Status Nutrisi Membaik, dengan kriteria hasil: Berat badan membaik, Frekuensi makan membaik, Nafsu makan membaik.

Dengan perencanaan yang di buat berdasarkan SLKI, yaitu Manajemen Nutrisi (kode I.03119), dengan intervensi Observasi identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang di sukai, monitor asupan makanan, monitor berat badan, terapeutik lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.

Defisit Pengetahuan, tujuan berdasarkan SIKI yaitu Edukasi Kesehatan: (kode I.12383). Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x30 menit, di harapkan Status Kesehatan Komunitas Meningkat, dengan kriteria hasil: Ketersediaan program promosi kesehatan meningkat, Kepatuhan terhadap standar kesehatan lingkungan meningkat, prevalensi penyakit, angka penyalahgunaan zat, angka penyalahgunaan alkohol, angka kebiasaan merokok. Dengan perencanaan yang di buat berdasarkan SLKI, yaitu Status Kesehatan Komunitas : (kode L.12109), dengan intervensi observasi: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, terapeutik: sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Edukasi: jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

#### **3.3.4. Implementasi**

Implementasi di lakukan mulai tanggal 28 April sampai 30 April 2021. Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan di rancang

dengan baik. Implementasi pada hari pertama Selasa, 28 April 2021, dilakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat.

1. **Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis**, tindakan yang di lakukan yaitu: 1) Jam 08.00 Mengkaji skala nyeri pasien, 2) Jam 10.00 Mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi respon nyeri, 4) Mengukur tanda-tanda vital, 5) Jam 13.20 Melayani injeksi Ceterolac 40 mg/IV untuk membantu mengurangi nyeri. Pada diagnosa
2. **Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan**, tindakan yang di lakukan adalah: 1) Jam 12.00 Memberikan makan pada pasien, 2) Jam 12.20 Monitor mual dan muntah, 3) Monitor porsi makan yang di habiskan oleh pasien  
Implementasi pada hari kedua Rabu, 29 April 2021, di lakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang di angkat.  
Diagnosa 1: **Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera fisiologis**, tindakan yang di lakukan yaitu: 1) Jam 07.40 Mengkaji skala nyeri yang dirasakan pasien, 2) Jam 10.00 Melayani injeksi Pumpicel 40 mg/IV, 3) Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak bergerak, 4) Mengukur tanda-tanda vital pasien. Untuk diagnosa 2: **Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan**, tindakan yang di lakukan adalah: 1) Jam 11.20 Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, 2) Jam 12.00 Memberikan makan pada pasien dan mengatur posisi semi fowler, 3) Jam 12.20 Monitor mual dan muntah, 3) Monitor porsi makan yang di habiskan oleh pasien.
3. **Defisit Pengetahuan Berhubungan dengan Kurang terpapar informasi**, tindakan yang dilakukan adalah: 1) jam 10.00 monitor masukan makanan / cairan 11.12 monitor status nutrisi Implementasi pada hari pertama Ke-tiga, 30 April 2021, di lakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat. Diagnosa 1: Nyeri

akut berhubungan dengan agen cedera biologis, tindakan yang di lakukan yaitu: 1) Jam 08.00 Mengkaji skala nyeri yang dirasakan pasien, 2) Jam 10.00 Melayani injeksi Pumpicel 40 mg/IV, 3) Jam 11.10 Mengukur tanda-tanda vital pasien. Untuk diagnosa 2: Risiko ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, tindakan yang di lakukan adalah: 1) Jam 11.40 Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi, 2) Jam 12.00 Memberikan makan pada pasien, 3) Jam 12.20 Monitor mual dan muntah, 3) Monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien. diagnosa 3. Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan adanya mual, muntah, tindakan yang di lakukan adalah: 1) jam 10.00 monitor masukan makanan / cairan 11.12 monitor status nutrisi

### **3.3.5. Evaluasi**

Evaluasi di lakukan mulai tanggal 28 April sampai 30 April 2021. Evaluasi keperawatan dilakukan setelah dilakukan implementasi keperawatan masalah belum teratasi, P: Evaluasi keperawatan pada hari pertama Rabu, 28 April 2021 untuk diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis, tindakan yang di lakukan yaitu, S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk dan muncul pada saat pasien beraktifitas seperti bergerak, O: TTV TD: 100/70 mmHg, S: 36,50C, N: 77x/menit, RR: 18x/menit, pasien memegang perut saat nyeri muncul, skala nyeri 5 (nyeri sedang) muncul, A: Intervensi di lanjutkan. Untuk diagnosa 2: defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan makan, S: pasien mengatakan mual dan sempat muntah 1 kali pada pagi hari, O: pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan dari porsi yang di sediakan, pasien tampak mual, pasien tidak muntah, BB: 54 kg, TB: 170 cm, IMT: 18,68. A: masalah belum teratasi, P: Intervensi di lanjutkan.3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, S: pasien mengatakan memahami pengertian dispepsia O: pasien tidak dapat

menjawab semua pertanyaan tentang dispepsia. A: masalah belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan pada hari kedua Kamis, 29 April 2021 untuk diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis, tindakan yang dilakukan yaitu, S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri di ulu hati dan sudah berkurang tidak seperti hari kemarin, O: TTV TD: 160/100 mmHg, S: 36,10C, N: 68x/menit, RR: 20x/menit, skala nyeri 4 (nyeri sedang), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan, A: masalah belum teratasi, P: Intervensi di lanjutkan. Untuk diagnosa 2: defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makan, S: pasien mengatakan mual sudah berkurang, O: pasien menghabiskan porsi makanan yang yang disediakan. 3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, S: pasien mengatakan dapat memahami penyebab dispepsia O: pasien dapat menjawab pertanyaan penyebab dispepsia A: masalah belum teratasi, P: Intervensi di lanjutkan Evaluasi keperawatan pada hari Ketiga, 30 April 2021 untuk diagnosa

1. : Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis, tindakan yang dilakukan yaitu, S: pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang dan hanya muncul jika pasien beraktifitas seperti terlalu banyak bergerak, O: TTV TD: 160/100 mmHg, S: 36,10C, N: 68x/menit, RR: 20x/menit, skala nyeri awalnya 5 (nyeri sedang) menjadi 2 (nyeri ringan), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan, A: masalah belum teratasi, P: Intervensi di lanjutkan. Untuk diagnosa 2: Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan, S: pasien mengatakan tidak mual, O: pasien menghabiskan porsi makanan yang di sediakan, pasien tidak mual dan muntah, BB: 54 kg, TB: 170 cm, IMT: 18,68. A: masalah teratasi, P: Intervensi dihentikan 3) defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi S: Pasien mengatakan

memahami tentang dispepsia, O: dapat menjawab semua pertanyaan A: masalah teratasi P: intervensi di hentikan.

## **3.2. Pembahasan**

### **3.2.1. Pengkajian keperawatan**

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

Data objektif: Airway adanya perubahan pola napas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi). Napas berbunyi stridor, ronki, mengi positif (kemungkinan karena aspirasi). Breathing dilakukan Auskultasi dada terdengar stridor/ronki/mengi, RR > 24x/menit. Circulation adanya perubahan tekanan darah atau normal (hipotensi), perubahan frekuensi jantung (bradikardi, takikardi yang diselingi dengan bradikardi disritmia). Disability adanya lemah/letargi, lelah, kaku, hilang keseimbangan, perubahan kesadaran bisa sampai koma. Pengkajian sekunder terdiri dari keluhan utama yaitu, adanya mual muntah-curigai apendisitis atau obstruksi usus, nyeri epigastrium yang kolik, curigai gastritis atau gastroenteritis, anoreksia dengan diare. Riwayat sosial dan medis yaitu, riwayat penggunaan dan penyalahgunaan alkohol.

Curigai penyakit hati, penyalahgunaan obat intra vena, gejala putus obat, pembedahan abdomen sebelumnya, curigai adanya obstruksi usus, penyakit hati atau gastritis alasan mencari pengobatan yaitu, identifikasi perubahan pada gejala: identifikasi kontak dengan pemberi perawatan kesehatan lainnya untuk penyakit ini. pengobatan sebelum masuk di ruangan interna yaitu mengidentifikasi penggunaan obat-obatan buatan rumah, perubahan pada diet, penggunaan obat yang dijual bebas. Nyeri yaitu



catat riwayat dan durasi nyeri dan gunakan metode pengkajian nyeri yaitu Provocate, : Quality, Region, Severe, dan Time.PQRST (Pamela, 2011).

Setelah melakukan pengkajian Primer dan sekunder selanjutnya melakukan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan ini meliputi: Pertama, pemeriksaan tekanan darah yang menjadi indikator dari rasa nyeri. Tetapi yang lebih penting memberikan pengertian selama proses pasien dalam keadaan hipotensi, hipertensi, takikardi, takipnea, dan adanya penurunan saturasi oksigen. Kedua, asesmen respirasi dan kardiovaskuler di mana pengkajian ini harus menjadi perhatian, pada pasien dengan nyeri abdomen bagian atas, dapat dinyatakan adanya pneumonia atau iskemia jantung. Ketiga, asesmen abdomen kenyamanan posisi dan gerakan tubuh selama pemeriksaan sebagai isyarat lokasi, intensitas dan kemungkinan dari etiologi nyeri. Auskultasi abdomen di keempat kuartan meliputi frekuensi, dan karakteristik bising usus. perkusi pembesaran hati dan limpa, kaji suara timpani normal untuk organ solid/padat. palpasi adanya kekakuan abdomen, nyeri, masa dan hernia (Amelia, 2018).

Pada kasus nyata Tn. A.S berumur 75 tahun masuk rumah sakit karena mengeluh nyeri di bagian ulu hati, nyeri yang di rasakan seperti pedis, nyeri timbul saat pasien mengkonsumsi makanan yang asam dan pedas.

Berdasarkan teori dan fakta, adanya tanda dan gejala pada fakta yang di temukan seperti nyeri di bagian ulu hati, nyeri yang di rasakan seperti pedis, nyeri timbul saat pasien mengkonsumsi makanan yang asam dan pedas sesuai dengan teori pada pembahasan.

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan SDKI ada 3 yaitu: Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisilogis **D.0077**, Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Ketidak mampuan Mencerna Makanan **D.0019**, dan Defisit Pengetahuan Berhubungan dengan Kurang terpapar informasi **D.0111**

Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis yang di tandai dengan pasien mengeluh nyeri di bagian ulu hati, nyeri yang di rasakan seperti pedis, nyeri timbul saat pasien mengkonsumsi makanan yang asam dan pedas, nyeri, dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang) menggunakan skala 1-10, Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis, 2) Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Ketidak mampuan Mencerna Makanan dan 3) Defisit Pengetahuan Berhubungan dengan Kurang terpapar informasi.

Berdasarkan teori di atas dan hasil pengkajian pada kasus nyata di dapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus di mana 3 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan, hal ini disebabkan pada kasus nyata di temukan data-data untuk penegakan diagnosa keperawatan.

### **3.2.2. Intervensi Keperawatan**

Pada diagnosa pertama adalah nyeri akut yang berhubungan dengan Agen Pencedera fisiologis, goal untuk diagnosa ini adalah pasien akan terhindar dari nyeri selama dalam perawatan ,dengan objektifnya dalam jangka waktu 15-20 menit pasien tidak meringis. Dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa ini adalah dengan Lakukan pengkajian nyeri yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intervensi atau beratnya nyeri,dan faktor pencetus, Observasi adanya petunjuk pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri, ajarkan prinsip prinsi manajemen nyeri. Intervensi manajemen nyeri (1400) hanya 4 aktifitas yang penulis ambil ini dikarenakan 4 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: pertama, lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif Provocate, Quality, Region, Severe, Time (PQRST). Kedua, observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan.Ketiga, pastikan perawatan analgesik bagi pasien. Ke empat, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (teknik relaksasi). Defisit nutirisi berhubungan dengan

ketidakmampuan mencerna makanan, manajemen nutrisi (I.03119), observasi: identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, monitor asupan makanan dan monitor berat badan. Terapeutik: lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu, oral hygiene sebelum makan, jika perlu, fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan), sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan protein, berikan suplemen makanan, jika perlu, hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat di toleransi. Edukasi, anjurkan posisi duduk, ajarkan diet yang di programkan. Kolaborasi, kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.pereda nyeri, antiemetik). Jika perlu. Kalaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis gizi yang dibutuhkan. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, tujuan berdasarkan SIKI yaitu Edukasi Kesehatan: (kode I.12383). Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x30 menit, di harapkan Status Kesehatan Komunitas Meningkat, dengan kriteria hasil: Ketersediaan program promosi kesehatan meningkat, Kepatuhan terhadap standar kesehatan lingkungan meningkat, prevalensi penyakit, angka penyalahgunaan zat, angka penyalah gunaan alkohol, angka kebiasaan merokok. Dengan perencanaan yang di buat berdasarkan SLKI, yaitu Status Kesehatan Komunitas : (kode L.12109), dengan intervensi observasi: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, terapeutik: sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Edukasi: jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Nyeri akut, di pilih menjadi diagnosa keperawatan prioritas karena dapat mengancam jiwa atau kesehatan, maka tujuan untuk diagnosa pertama

berdasarkan SLKI adalah yang pertama Kepuasan klien: manajemen nyeri (kode I.08238) dan yang kedua Tingkat nyeri (kode L.08066).

Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x30 menit di harapkan Tingkat nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri Menurun, Meringis menurun, Kesulitan Tidur menurun, Mual Menurun, Frekuensi nadi membaik, Perilaku membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik.

Dengan perencanaan yang di buat berdasarkan SLKI yaitu Manajemen nyeri, dengan intervensi Lakukan pengkajian nyeri yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus; Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidak nyamanan; Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (seperti, relaksasi, tarik nafas dalam, terapi musik); Anjurkan pasien untuk istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, dan Informasikan kepada anggota keluarga mengenai strategi non farmakologi yang sedang digunakan untuk mendorong keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien.

Defisit Nutrisi tujuan berdasarkan SIKI yaitu Manajemen Nutrisi (kode I.03119). Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x30 menit di harapkan Status Nutrisi Membaik, dengan kriteria hasil: Berat badan membaik, Frekuensi makan membaik, Nafsu makan membaik.

Dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan SLKI, yaitu Manajemen Nutrisi (kode I.03119), dengan intervensi Observasi identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang di sukai, monitor asupan makanan, monitor berat badan, terapeutik lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.

Defisit Pengetahuan, tujuan berdasarkan SIKI yaitu Edukasi Kesehatan: (kode I.12383). Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30

menit, di harapkan Status Kesehatan Komunitas Meningkat, dengan kriteria hasil: Ketersediaan program promosi kesehatan meningkat, Kepatuhan terhadap standar kesehatan lingkungan meningkat, prevalensi penyakit, angka penyalahgunaan zat, angka penyalahgunaan alkohol, angka kebiasaan merokok. Dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan SLKI, yaitu Status Kesehatan Komunitas : (kode L.12109), dengan intervensi observasi: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, terapeutik: sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Edukasi: jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Berdasarkan teori dan fakta di temukan untuk diagnosa 1 ada 5 intervensi yang di ambil dari 5 intervensi yang tersedia, diagnosa 2 ada 3 intervensi yang di ambil dari 19 intervensi, dan diagnosa keperawatan 4 dan 4 intervensi yang di ambil dari sehingga ada nya kesenjangan

### **3.2.3. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di tunjukkan pada perawat untuk membuat klien dalam mencapai tujuan yang di harapkan oleh karena itu rencan tindakan yang spesifik di laksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemulihan.

Implementasi di lakukan mulai tanggal 28 April sampai 30 April 2021. Tindakan keperawatan di lakukan setelah perencanaan kegiatan di rancang dengan baik. Implementasi pada hari pertama Selasa, 28 April 2021, di lakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang di angkat. 1) **Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis**, tindakan

yang di lakukan yaitu: 1) Jam 08.00 Mengkaji skala nyeri pasien, 2) Jam 10.00 Mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi respon nyeri, 4) Mengukur tanda-tanda vital,(N,RR,S dan TD) 5) Jam 13.20 Melayani injeksi Ceterolac 40 mg/IV untuk membantu mengurangi nyeri. Pada diagnosa 2) **Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan**, tindakan yang di lakukan adalah: 1) Jam 12.00 Memberikan makan pada pasien, 2) Jam 12.20 Monitor mual dan muntah, 3) Monitor porsi makan yang di habiskan oleh pasien

Implementasi pada hari kedua Rabu, 29 April 2021, di lakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang di angkat. Diagnosa 1: **Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera fisiologis, di tandai dengan data subjektif** Pasien mengatakan nyeri ulu hati seperti tertusuk-tusuk benda tajam menjalar ke perut bagian bawah. PQRST Nyeri muncul seketika ketika beraktivitas maupun tidak beraktivitas, terlambat makan dan makan makanan yang pedas, Kualitas : Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, menjalar ke perut bagian bawah Region : Nyeri di bagian perut bawah, skala 5 (nyeri sedang), Timming : Nyeri hilang timbul **Data obyektif** keadaan umum : tampak meringis, tanda-tanda vital : tekanan darah 160/100 mmhg, Nadi : 68 x/menit, pernapasan : 18x/menit, suhu : 36,1°C tindakan yang di lakukan yaitu: 1) Jam 07.40 Mengkaji skala nyeri yang di rasakan pasien, 2) Jam 10.00 Melayani injeksi Pumpicel 40 mg/IV, 3) Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak bergerak, 4) Mengukur tanda-tanda vital pasien.

Untuk diagnosa 2: **Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan**, yang di tandai dengan **data subyektif** pasien mengatakan cepat kenyang setelah makan, dan tidak dapat menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang disediakan. **data obyektif** : pasien berat badan menurun minimal 10%. Tindakan yang dilakukan adalah: 1) Jam 11.20 Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, 2) Jam 12.00 Memberikan makan pada pasien dan mengatur posisi semi fowler, 3) Jam 12.20 Monitor mual dan muntah, 3)

Monitor porsi makan yang di habiskan oleh pasien. 3) **Defisit Pengetahuan Berhubungan dengan Kurang terpapar informasi**, yang ditandai dengan **data subjektif** Pasien mengatakan bahwa ia tidak tahu apa yang menyebabkan penyakit yang dideritanya serta tanda dan gejala dari penyakitnya, dan menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, **data obyektif** : Pasien terlihat bingung, tidak paham saat ditanya terkait dengan penyakitnya tindakan yang di lakukan adalah: 1) jam 10.00 monitor masukan makanan / cairan 11.12 monitor status nutrisi Implementasi pada hari pertama Ke-tiga, 30 April 2021, di lakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang di angkat. Diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, tindakan yang di lakukan yaitu: 1) Jam 08.00 Mengkaji skala nyeri yang di rasakan pasien, 2) Jam 10.00 Melayani injeksi Pumpisel 40 mg/IV, 3) Jam 11.10 Mengukur tanda-tanda vital pasien. Untuk diagnosa 2: Risiko ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan makan, tindakan yang di lakukan adalah: 1) Jam 11.40 Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi, 2) Jam 12.00 Memberikan makan pada pasien, 3) Jam 12.20 Monitor mual dan muntah, 3) Monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien. diagnosa 3. Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan ada nya mual, muntah, tindakan yang di lakukan adalah: 1) jam 10.00 monitor masukan makanan / cairan 11.12 monitor status nutrisi.

Berdasarkan teori dan fakta, untuk implementasi pada kasus nyata di sesuaikan dengan kondisi klien.

#### **3.2.4. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah berhasil di capai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa data, perencanaan dan pelaksanaan tindakan. Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang menyediakan

nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah di rencanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Nursalam, 2001). Evaluasi dapat di lakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP.

Evaluasi di lakukan mulai tanggal 28 April sampai 30 April 2021. Evaluasi keperawatan di lakukan setelah di lakukan implementasi keperawatan masalah belum teratasi, P: Evaluasi keperawatan pada hari pertama Rabu, 28 April 2021 untuk diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis, tindakan yang di lakukan yaitu, S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk dan muncul pada saat pasien beraktifitas seperti bergerak, O: TTV TD: 100/70 mmHg, S: 36,50C, N: 77x/menit, RR: 18x/menit, pasien memegang perut saat nyeri muncul, skala nyeri 5 (nyeri sedang) muncul, A: Intervensi di lanjutkan. Untuk diagnosa 2: defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan makan, S: pasien mengatakan mual dan sempat muntah 1 kali pada pagi hari, O: pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan dari porsi yang di sediakan, pasien tampak mual, pasien tidak muntah, BB: 54 kg, TB: 170 cm, IMT: 18,68. A: masalah belum teratasi, P: Intervensi di lanjutkan.3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, S: pasien mengatakan memahami pengertian dispepsia O: pasien tidak dapat menjawab semua pertanyaan tentang dispepsia. A: masalah belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan pada hari kedua Kamis, 29 April 2021 untuk diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis, tindakan yang dilakukan yaitu, S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri di ulu hati dan sudah berkurang tidak seperti hari kemarin, O: TTV TD: 160/100 mmHg, S: 36,10C, N: 68x/menit, RR: 20x/menit, skala nyeri 4 (nyeri sedang), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang di ajarkan, A: masalah belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan. Untuk diagnosa 2: defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna



makan, S: pasien mengatakan mual sudah berkurang, O: pasien menghabiskan porsi makanan yang yang di sediakan. 3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, S: pasien mengatakan dapat memahami penyebab dispepsia O: pasien dapat menjawab pertanyaan penyebab dispepsia A: masalah belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan

Evaluasi keperawatan pada hari Ketiga, 30 April 2021 untuk diagnosa : Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis, tindakan yang dilakukan yaitu, S: pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang dan hanya muncul jika pasien beraktifitas seperti terlalu banyak bergerak, O: TTV TD: 160/100 mmHg, S: 36,10C, N: 68x/menit, RR: 20x/menit, skala nyeri awalnya 5 (nyeri sedang) menjadi 2 (nyeri ringan), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan, A: masalah belum teratasi, P: Intervensi di lanjutkan. Untuk diagnosa 2: Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan, S: pasien mengatakan tidak mual, O: pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual dan muntah, BB: 54 kg, TB: 170 cm, IMT: 18,68. A: masalah teratasi, P: Intervensi dihentikan 3) defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi S: Pasien mengatakan memahami tentang dispepsia, O: dapat menjawab semua pertanyaan A: masalah teratasi P: intervensi dihentikan.

Berdasarkan teori dan fakta, untuk evaluasi keperawatan pada kasus nyata di sesuaikan dengan penetapan kriteria hasil sesuai kondisi klien.

## **BAB IV**

### **Kesimpulan dan Saran**

#### **4.1. Kesimpulan**

Asuhan Keperawatan yang dilakukan memberikan pengalaman nyata bagi penulis dengan menerapkan konsep teoritis pada aplikasinya. Pada bab ini penulis menyimpulkan proses asuhan keperawatan sesuai dengan tahap keperawatan yang dilakukan, yaitu :

1. Pengkajian

Pengkajian ditemukan pasien mengeluh nyeri di bagian ulu hati, nyeri yang dirasakan seperti pedis, nyeri timbul saat pasien mengonsumsi makanan yang asam dan pedas, nyeri, dengan skala 5 (nyeri sedang) menggunakan skala 1-10.

2. Diagnosa Keperawatan yang ditegakkan adalah nyeri akut, defisit nutrisi dan defisit pengetahuan.

3. perencanaan keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga dalam kerja sama dengan penulis. Fokus perawatan pasien adalah mengurangi nyeri dan meningkatkan asupan nutrisi serta memberikan penyuluhan kesehatan.

4. Implementasi dilaksanakan berdasarkan kasus pada Tn. A. S

5. Hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan ketiga masalah keperawatan yang diangkat semuanya dapat diselesaikan, pasien diperbolehkan pulang.

#### **4.2. Saran**

Dengan dilaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kebutuhan dasar nutrisi Dispepsia yang dapat di berikan yaitu:

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dengan adanya Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan dasar nutrisi dispepsia ini dapat meningkat

kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan.

2. Bagi rumah sakit

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruangan khususnya Ruangan Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Drs Titus Uly Kupang

3. Bagi perawat

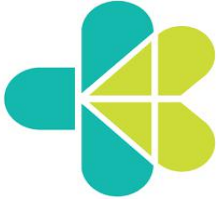
Hasil ini diharapkan dapat menjadi pedoman bagi perawat yang melakukan asuhan keperawatan lebih menekankan secara cepat dan tepat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, Astri. 2017. *Hubungan Pola Makan Dan Karakteristik Individu Terhadap Sindrom Dyspepsia Pada Mahasiswa Ang. 2015 & 2016 (ON-Line) fakultas kedokteran universitas hasanuddin.* [http://digilib.unhas.ac.id/uploaded\\_files/temporary/DigitalCollection/ZDEwOGVINzBlMzc1OWI3ZWMyODNjNDUyZWQyMTA2NmJkYmE1YTZhZAA=.pdf](http://digilib.unhas.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/ZDEwOGVINzBlMzc1OWI3ZWMyODNjNDUyZWQyMTA2NmJkYmE1YTZhZAA=.pdf)
- Fithriyana, Rinda. 2018. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Dispepsia pada Pasien di Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Kota.* <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/prepotif/article/view/79>
- Sorongon, Inri Milly. 2013. *Hubungan antara Pola Makan dengan Kejadian Sindroma Dispepsia pada Siswa-siswi Kelas XI di SMA NEGERI 1 MANADO.* <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/2190/1748>
- Irianto, Koes. 2015. *Memahami Berbagai Macam Penyakit.* Bandung: Alfabeta
- Ida, Mardalena. 2016. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Denan Gangguan Sistem Pencernaan.* Jakarta: Pustaka Baru Press
- Nugraha, Komang Ida Widiayu Radiari. 2016. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Dispepsia pada Lansia.* [http://repository.trisakti.ac.id/usaktiana/index.php/home/detail/detail\\_koleksi/0/SKR/judul/000000000000000102940/](http://repository.trisakti.ac.id/usaktiana/index.php/home/detail/detail_koleksi/0/SKR/judul/000000000000000102940/)
- Syamsiah, Nita dan Muslihat, Endang. 201). *Pengaruh Terapi Relaksi Autogenik Terhadap Tingkat Nyeri Akut pada Abdominal Pain di IGDRSUD Karawang 2014.* <https://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/jk/article/view/148>
- Parawansa, Novira. 2020. *Hubungan Keteraturan Makan dan Diet Iritatif dengan Dispepsia pada Mahasiswa Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya.* Undergraduate thesis, Sriwijaya University. <https://repository.unsri.ac.id/39600/>
- Pardiansyah R, Yusran M 201). *Upaya pengelolaan dispepsia dengan pendekatan pelayanan dokter keluarga.* J Medula Unila, <http://scholar.unand.ac.id/20956/4/DAFTAR%20PUSTAKA.pdf>

- Pardiansyah, Robby and Yusran, Muhammad. 2016. *Upaya Pengelolaan Dispepsia dengan Pendekatan Pelayanan Dokter Keluarga*. Medical Journal of Lampung University <http://repository.lppm.unila.ac.id/id/eprint/2378>
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2011). *Standar Diagnosis Keperawatan Inonesia (SDKI)*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2017. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2017. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Sandi, Dini Erika. 2020. *Hubungan Keteraturan Pola Makan dengan Kejadian Dispepsia Fungsional pada Remaja : Systematic Review*. <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1405>

## Lampiran 2



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



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

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

Nama : Dea Luzyana Margarita Kedoh

Mahasiswa

NIM : PO530320118356

### **Format Pengkajian Dewasa**

Nama Pasien : Tn. A. S

Ruang/Kamar : Mawar Rumah Sakit  
Bhayangkara DRS Titus Uly  
Kupang

Diagnosa Medis : Dispepsia

No. Medical Record : 108549

Tanggal Pengkajian : 28 April 2021 Jam : 08.00

Masuk Rumah Sakit : 27 April 2021 Jam : 09.00

### **Identitas Pasien**

Nama Pasien : Tn. A. S  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Umur/Tanggal Lahir : 75/01 Agustus 1946  
Status Perkawinan : Menikah  
Agama : Kristen Protestan  
Suku Bangsa : Ambon  
Pendidikan Terakhir : SMA  
Pekerjaan : Wartawan  
Alamat : Fatufeto

### **Identitas Penanggung**

Nama : Tn. S.S  
Pekerjaan : Pabrik Ayam  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Hubungan dengan klien : cucu kandung  
Alamat : Fatufeto

### **Riwayat Kesehatan**

1. Keluhan Utama : Nyeri di ulu hati
  - Kapan : sudah 3 hari
  - Lokasi : perut
  - Mulai timbulnya keluhan hari : pasien mengatakan nyeri di ulu hati ± 3 hari

- Sifat keluhan : hilang timbul
  - Lokasi : perut
  - Keluhan lain yang menyertai : Tidak ada
  - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : saat beraktifitas/makan makanan pedas
  - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) : keluhan berkurang saat pasie minum obat
2. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : masuk Rumah sakit
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
- Riwayat penyakit yang pernah diderita
    - Ya : - , Sebutkan : Tidak ada
    - Cara Mengatasi : tidak ada

**Tidak**
  - Riwayat Alergi
    - Ya : pasien mengatakan alergi dengan seefood ,
    - Jenis: udang, Waktu : pada saat pasien makan
    - Cara Mengatasi : masuk Rumah Sakit
  - Riwayat Operasi
    - Ya : - , Jenis ....., Waktu .....
    - Tidak** : Tn. A.S tidak pernah operasi sebelumnya
4. Kebiasaan
- Merokok
    - Ya ,Jumlah: ....., waktu .....
    - Tidak** : Tn. A.S Tidak merokok
  - Minum alkohol
    - Ya : - , Jumlah: ....., waktu .....



**Tidak :** Tn. A.S tidak minum alkohol

- Minum kopi

**Ya :** Tn. A.S mengatakan minum kopi ,Jumlah: 1 gelas/hari

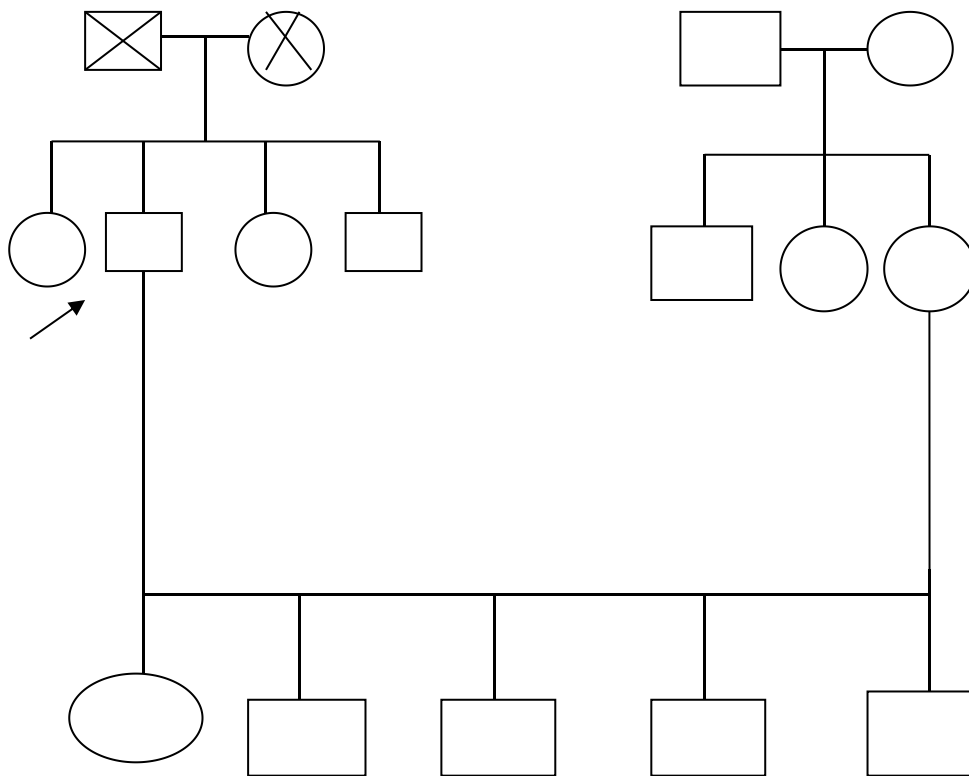
- Minum obat-obatan

**Ya** , Jenis, : Tn.A.S mengatakan minum vitamin,Jumlah: Tn. A.S mengatakan sesuai konsumsi



, waktu : Tn.A.S mengatakan tidak ingat waktu minumnya

**Riwayat Keluarga/ Genogram** (diagram tiga generasi) :

*Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.*



Keterangan :

-  : Laki-laki Meninggal
-  : Perempuan Meninggal
-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Pasien

### Pemeriksaan Fisik

#### 1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 160/100 mmhg      - Nadi : 68x/menit
- Pernapasan : 20x/menit              - Suhu badan : 36,1°c

#### 2. Kepala dan leher

- Kepala : Normal
- Sakit kepala : Tn.A.S tidak sakit kepala      Pusing : Tn. A.S tidak pusing  
ya **tidak**
- Bentuk , ukuran dan posisi: Normal  
normal      abnormal, jelaskan : .....
- Lesi : ada, Jelaskan : ..... **tidak ada**
- Masa : ada, Jelaskan : ..... **tidak ada**
- Observasi Wajah : **simetris**      asimetri, Jelaskan .....
- Penglihatan

- Konjungtiva: Merah muda
- ✓ Sklera: Putih
- ✓ Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : ..... **tidak**
- ✓ Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : ..... **tidak**
- ✓ Nyeri : Tdak Nyeri
- ✓ Peradangan : Tidak Ada Peradangan
- ✓ 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 Rhininitis : Ya, Jelaskan : ..... **tidak**
  - ✓ Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : ..... **tidak**
  - ✓ Sinusitis : Ya, Jelaskan : ..... **tidak**
  - ✓ Epistaksis : Ya, Jelaskan : ..... **tidak**
- ✓ Tenggorokan dan mulut
  - ✓ Keadaan gigi : Lubang bagian belakang
  - ✓ Caries : **Ya**, Jelaskan : Gigi belakang  
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 : 15/E4V5M6

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 : Normal

- Auskultasi : BJ I : Abnormal **normal**

BJ II : Abnormal **normal**

Murmur : Tidak ada

Sistem Respirasi

- Keluhan : Tidak ada keluhan

- Inspeksi :

Jejas : Ya, Jelaskan : ..... **tidak**

Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : .....

**Normal**

Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul, .....)

**tidak**

Irama Napas : **teratur** tidak teratur

Retraksi otot pernapasan : Ya

**tidak**

Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan .....

**tidak**

- Perkusi : Cairan : Ya **tidak**

Udara : Ya **tidak**

Massa : Ya **tidak**

- Auskultasi :

Inspirasi : **Normal** Abnormal

Ekspirasi : **Normal** Abnormal

• Ronchi : Ya **tidak**

• Wheezing : Ya **tidak**

• Krepitasi : Ya **tidak**

• Rales : Ya **tidak**

Clubbing Finger : **Normal** Abnormal

#### 4. Sistem Pencernaan

a. Keluhan : Susah BAB

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : .....

**Normal**

Keadaan bibir : **lembab** kering

Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : Merah muda

Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan .....

**tidak**

Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan .....

**tidak**

Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

Keadaan abdomen

Warna kulit : sawo matang

Luka : Ya, Jelaskan .....

**tidak**

Pembesaran : Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

✓ Keadaan rektal

Luka : Ya, Jelaskan .....

**tidak**

Perdarahan : Ya, Jelaskan .....

**tidak**

Hemmoroid : Ya, Jelaskan .....

**tidak**

Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan.....

**tidak**

c. Auskultasi :

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

d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

Udara : Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

e. Palpasi:

Tonus otot: Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

Nyeri : Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

5. Sistem Persyarafan

a. Keluhan : Tidak ada keluhan

b. Tingkat kesadaran: compomentis .GCS (E/M/V): 4/5/6

c. Pupil : **Isokor**

anisokor

d. Kejang : Abnormal, Jelaskan .....

normal

e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan .....

**tidak**

f. Parasthesia : Ya, Jelaskan .....

**tidak**

g. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

i. Reflexes : Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

6. Sistem Musculoskeletal

a. Keluhan : Tidak ada keluhan

b. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan.....

**tidak ada**

c. Nyeri otot : ada

**tidak ada**

d. Nyeri Sendi : ada

**tidak ada**

e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan .....

**normal**

f. kekuatan otot :

g. Atropi

hiperthropi

**normal**

5	5
5	5

## 7. Sistem Integumentari

a. Rash : ada, Jelaskan: tidak ada keluhan

**tidak ada**

b. Lesi : ada, Jelaskan.....

**tidak ada**

c. Turgor : Baik

Warna : sawomatang

d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

e. Petechie : ada, Jelaskan.....

**Tidak ada**

f. Lain lain: Tidak ada

## 8. Sistem Perkemihan

a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia

retensi

gross hematuri disuria  poliuri

oliguri anuri

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

c. Kandung kencing : membesar  ya  **tidak**

nyeri tekan  ya  **tidak**

d. Produksi urine :

e. Intake cairan : oral 1500 cc/hr.cc/hr parenteral :



f. Bentuk alat kelamin :  **Normal**                      Tida normal,  
sebutkan.....

g. Uretra :  Normal     Hipospadia/Epispadia  
Lain-lain : Tidak ada

#### 9. Sistem Endokrin

a. Keluhan : Tn. A.S mengatakan tidak ada keluhan

b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan.....

**tidak ada**

c. Lain – lain : Tn. A.S mengatakan tidak ada keluhan

#### 10. Sistem Reproduksi

a. Keluhan : Tidak ada

• Wanita : Siklus menstruasi : Tidak ada

• Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan .....

**normal**

• Riwayat Persalinan: Tidak ada

• Abortus: Tidak ada

• Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan ..... **normal**

• Lain-lain: Tidak ada

b. Pria : Pembesaran prostat : ada **tidak ada**

c. Lain-lain: Tidak ada

#### 11. 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 dan seafood
- ✓ Makanan yang disukai : Tidak ada
- ✓ Banyaknya minuman dalam sehari : 2000ml/hari
- ✓ Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada
- ✓ BB : 54 kg    TB : 170 cm
- ✓ Kenaikan/Penurunan BB:- .kg, dalam waktu: -

2. Perubahan selama sakit : Tidak ada

#### B. Eliminasi

##### 1. Buang air kecil (BAK)

###### a. Kebiasaan

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

Bau : tidak Jumlah/ hari : -

Perubahan selama sakit : Tidak ada

##### 2. Buang air besar (BAB)

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

Warna : kuning    Bau : Khas

Konsistensi : Padat

Perubahan selama sakit : Tidak ada

#### C. Olah raga dan Aktivitas

- ✓ Kegiatan olah raga yang disukai : Joging
- ✓ Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Teratur
- ✓ Istirahat dan tidur

- ✓ Tidur malam jam : 08.00  
Bangun jam : 04.00  
Tidur siang jam : kadang-kadang  
Bangun jam : -
- ✓ Apakah mudah terbangun : tidak, karena tidur nyenyak
- ✓ Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : lingkungan yang tenang

### **Pola Interaksi Sosial**

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : istri dan keluarga
2. Organisasi sosial yang diikuti : -
3. Keadaan rumah dan lingkungan : Baik  
Status rumah : Milik sendiri  
Cukup / tidak : cukup  
Bising / tidak: Tidak  
Banjir / tidak : Tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : dibicarakan dengan istri
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Bimbingan keluarga
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : Baik

### **Kegiatan Keagamaan/ Spiritual**

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

### **Keadaan Psikologis Selama Sakit**

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : pasien mengatakan dirinya benar-benar sakit

2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : penderita yakin, penyakit yang dideritanya akan sembuh
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : pelayanan baik dan bicaranya jelas

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
			Tanggal
			selasa 28 April 2021
1.	Bilirubin total	13,0-17,0 g/dL	4,5 g/ dl
2.	Jumlah eritrosit	4,00-6,000 106/ ul	Negatif
3.	Hematokrit	35,0-55,0%	36,0%
4.	MCV	81,0-96,0 FL	78,8 FL
5.	RDW-CV	11,0-16,0%	13,5%
6.	RDW-SD	30-150 FL	59,2 FL
7.	jumlah Leukosit	5.0-10.0	Negatif
8.	PLT	150-400 10 <sup>9</sup> /l	425 10 <sup>9</sup> /l
9.	MPV	8,0-11,0 Fl	7,4 Fl

b. Pemeriksaan faeces: Tidak ada

- c. Pemeriksaan urine: Tidak ada

### Diagnostik Test

1. Foto Rontgen
  - a. Foto gigi dan mulut : tidak ada
  - b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : Tidak ada
  - c. Cholescystogram : Tidak ada
  - d. Foto colon : Tidak ada
2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus
  - Ultrasonographi : Tidak ada
  - Biopsy : Tidak ada
  - Colonoscopy : Tidak ada
  - DII : Tidak ada

### Penatalaksanaan/pengobatan

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

- Pembedahan  
Tidak ada
- Obat
  - 1.) IVFD NaCL 0,9% 20 tpm
  - 2.) Injeksi pumpicell 40 mg
  - 3.) Injeksi antrain I gr
  - 4.) Oral Episan
- Lain-lain : Tidak ada

## Diagnosa Keperawatan

### Analisa data

No	Data	Problem	Etiologi
1	<p><b>Data subyektif</b></p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri ulu hati seperti tertusuk-tusuk benda tajam menjalar ke perut bagian bawah.</p> <p>2) PQRST:  Nyeri muncul seketika ketika beraktivitas maupun tidak beraktivitas, terlambat makan dan makan makanan yang pedas,  Qualitas : Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, menjalar ke perut bagian bawah  Region : Nyeri di bagian perut bawah, skala 5 (nyeri sedang),  Timing : Nyeri hilang timbul</p> <p><b>Data obyektif</b></p> <p>1) Keadaan umum : tampak meringis  2) Tanda-tanda vital : tekanan darah 160/100 mmhg, Nadi : 68 x/menit, pernapasan : 18x/menit, suhu : 36,1°C</p>	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis
2	<p><b>Data subyektif</b> : pasien mengatakan cepat kenyang setelah makan, dan tidak dapat menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang disediakan.</p> <p><b>Data obyektif</b> : pasien berat badan menurun minimal 10%</p>	Defisit nutrisi	ketidakmampuan mencerna makanan

3	<p><b>Data subyektif :</b> Pasien mengatakan bahwa ia tidak tahu apa yang menyebabkan penyakit yang dideritanya serta tanda dan gejala dari penyakitnya, dan menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</p> <p><b>Data obyektif :</b> Pasien terlihat bingung, tidak paham saat ditanya terkait dengan penyakitnya</p>	Defisit Pengetahuan	kurang terpapar informasi
---	---	---------------------	---------------------------

### Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Goal dan objektif	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>Goal :</p> <p>setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan tingkat nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun</li> <li>- Meringis menurun</li> <li>- Kesulitan tidur menurun</li> <li>- mual menurun</li> <li>- frekuensi nadi membaik</li> <li>- nafsu makan membaik</li> <li>- pola tidur membaik</li> </ul>	<p>a. Lakukan pengkajian nyeri meliputi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,intensitas atau beratnya nyeri</p> <p>b. Observasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>c. Ajarkan teknik non farmakologis : napas dalam, terapi musik, relaksasi</p> <p>d. Anjurkan untuk istirahat/tidur untuk membantu penurunan nyeri</p>

			e. Berikan informasi non farmakologi untuk mendorong keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien
2	Defisit nutrisi berubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan status nutrisi membaik, dengan kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berat badan membaik</li> <li>- Frekuensi makan membaik</li> <li>- Nafsu makan membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Observasi status nutrisi</li> <li>b. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>c. Monitor asupan makanan</li> <li>d. Monitor berat badan</li> <li>e. Lakukan oral hygiene sebelum makan</li> <li>f. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>g. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>h. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> </ul>
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit, diharapkan status kesehatan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketersediaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan</li> </ul>



	informasi	<p>promosi kesehatan meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepatuhan terhadap standar kesehatan lingkungan meningkat</li> <li>- Prevalensi penyakit</li> <li>- Angka penyalahgunaan zat</li> <li>- Angka penyalahgunaan alkohol</li> <li>- Angka kebiasaan merokok</li> </ul>	<p>menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>d. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> <li>e. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ul>
--	-----------	--	---

#### Implementasi keperawatan

No	Diagnosa	jam	Tindakan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	08.00  10.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengkaji skala nyeri pasien</li> <li>- mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri</li> <li>- mengukur tanda-tanda vital</li> <li>- melayani injeksi ceterolac 40 mg/IV untuk membantu mengurangi nyeri</li> </ul>

		13.20	
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	11.20 12.00 12.20	menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan memberikan makan pada pasien dengan posisi semi fowler monitor mual dan muntah -monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	10.00 11.12	memberikan promosi kesehatan jelaskan perilaku hidup bersih dan sehat

### Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Jam	Tindakan
1	28 April 2021	10.31	<p><b>S</b> : pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang</p> <p><b>O</b> : TTV TD : 160/100 mmhg S : 36,1°C, N: 68x/menit, RR: 18x/menit, skala nyeri: 5 (nyeri sedang) pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan</p>

2	29 April 2021	07.30	<p><b>A</b> : masalah belum teratasi</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p> <p><b>S</b> : pasien mengatakan mual sudah berkurang</p> <p><b>O</b> : pasien menghabiskan porsi makan yang disediakan</p> <p><b>A</b> : masalah belum teratasi</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p>
3	30 April 2021	8.30	<p><b>S</b> : pasien mengatakan dapat memahami penyebab dispepsia</p> <p><b>O</b> : pasien dapat menjawab pertanyaan penyebab dispepsia</p> <p><b>A</b> : masalah teratasi</p> <p><b>P</b> : intervensi dihentikan</p>



**BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

Nama mahasiswa : Dea Luzyana Margarita Kedoh

NIM : PO.530320118356

Nama Pembimbing : Maria Agustina Making, S. Kep., Ns., M.Kep

Judul : "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A.S DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN DASAR NUTRISI DISPEPSIA DI RUANGAN MAWAR\_RUMAH SAKIT BHAYANGKARA DRS TITUS ULY KUPANG"

No	Hari/Tanggal	Topik Bimbingan	Paraf
1	Rabu, 26 Mei 2021	BAB I-III Konsultasi KTI Lengkap	f
2	Senin, 31 Mei 2021	BAB I-III konsultasi perbaikan (perubahan artikel, penulisan kata)	f
3	Selasa, 08 Juni 2021	BAB I-III konsultasi perbaikan penulisan	f
4	Rabu, 16 Juni 2021	BAB I-III konsultasi perbaikan huruf - huruf.	f
5	Selasa, 28 Juni 2021	BAB I-IV konsultasi perbaikan spasi	f
6	Senin, 27 september 2021	BAB I-IV konsultasi perbaikan Abstrak, serta Daftar pustaka.	f
7	Rabu, 29 september 2021	BAB I-IV konsultasi perbaikan pembahasan kasus, daftar pustaka	f
8	Selasa, 5 Oktober 2021	BAB I-IV konsultasi perbaikan ketapiam.	f