

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N. B DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
DISPEPSIA DI RUANG GARUDA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH S.K  
LERIK KOTA KUPANG**

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



**SEGIBERTUS RAINMA PATTY  
NIM: PO. 530320118445**

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

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N. B DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
DISPEPSIA DI RUANG GARUDA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH S.K  
LERIK KOTA KUPANG**

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



**SEGIBERTUS RAINMA PATTY**

**NIM: PO. 530320118445**

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

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Segibertus Rainma Patty  
Nim : PO530320118445  
Program Studi : Diploma III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

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

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

**Kupang, 04 Juni 2021**

**Pembuat Pernyataan**



**Segibertus Rainma Patty**

**PO530320118445**

**Mengetahui**

**Pembimbing**



**Dominggos Gonsalves, S.Kep.Ns,MSc**

**NIP. 197108061992031001**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH DENGAN JUDUL “ASUHAN  
KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. N.B DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
DISPEPSIA DI RUANG GARUDA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH S.K  
LERIK KOTA KUPANG”**

**Disusun oleh:**



**Segibertus Rainma Patty**

**NIM. PO530320118445**

**Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D-III  
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal, 04 Juni2021**

**Pembimbing <**



**Dominggos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,MSc**

**NIP. 197108061992031001**


**LEMBAR PENGESAHAN**

**Laporan Studi Kasus Oleh Segibertus Rainma Patty Dengan Judul  
“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. N. B Dengan Diagnosa Medis  
Dispepsia Di Ruang Garuda Rumah Sakit Umum Daerah S.K Lerik Kota  
Kupang”**


**Telah Diuji Dan Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji  
Pada Tanggal, 04 Juni2021**

**Dewan Penguji**


**Penguji I**

  
**Fransiskus S. Onggang, S.Kep.,Ns.,MSc**  
**NIP. :196902261991011001**

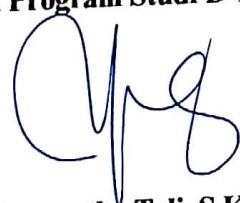
**Penguji II**

  
**Dominggos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,MSc**  
**NIP. 197108061992031001**

**Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan**

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

**Mengetahui  
Ketua Program Studi D-III Keperawatan**

  
**Margaretha Teli, S.Kep.,Ns.,MSc-PH**  
**NIP. 19770727200003200**

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Segibertus Rainma Patty

Tempat, Tanggal Lahir : Kupang, 28 Desember 1999

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : RSS Liliba Kel. Liliba Kec. Oebobo

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SDK Santa Maria Assumpta ( 2012)

2. Tamat SMPK Santa Maria Assumpta

3. Tamat SMAK Fides Quarens Intellectum (2018)

4. Sejak tahun 2018, kuliah diJurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

### **Motto :**

**“ SUCCESS IS YOU BECAUSE YOU THERE IS NOT SUCCESS “**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan Ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmatnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pada Ny. H.J.N dengan diagnose medis Dispepsia di ruangan Garuda RSUD S.K.Lerik Kota Kupang dengan baik dan tepat waktu. Karya tulis ilmiah ini dibuat untuk menyelesaikan studi Diploma III Keperawatan dan mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan.

Laporan studi kasus ini berisikan tentang konsep dasar teori Dispepsia dan hasil pengkajian Dispepsia yang didapat dari lahan praktik yang meliputi pengkajian data kesehatan pasien, analisa masalah kesehatan dari data yang diperoleh, menegakan diagnose keperawatan, menyusun rencana permasalahan, melakukan implementasi dan evaluasi dari rencana pemecahan masalah yang dibuat.

Pada kesempatan ini penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Direktur Poltekes Kemenkes Kupang Ibu Dr.H. Kristina, SKM.,M.Kes pada periode 2018/2022 selaku pelindung dalam ujian akhir program mahasiswa/mahasiswi Prodi DIII Keperawatan
2. Bapak Dr. Florentianus Tat S.Kep.,M.Kes selaku ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi penanggung jawab kegiatan ujian akhir
3. Bapak Dominggos Gonsalves, S.Kep.Ns,MSc selaku dosen pembimbing dengan penuh kesabaran dan penuh tanggung jawab telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. Bapak Fransiskus S. Onggang S,Kep.Ns.MSc, selaku penguji dan memberikan masukan yang sangat bermanfaat untuk perbaikan dan penyelesaian studi kasus ini.

5. Ibu Margareta Teli, S.Kep,Ns.,MSc.,PH selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi koordinator kegiatan ujian akhir program.
6. Bapak Pius Selasa,.S.Kep. Ners. Msc selaku dosen pembimbing akademik yang dengan sabar dan tulus hati membimbing, mendidik dan mendukung penulis selama tiga tahun menempuh pendidikan di Jurusan Keperawatan Program Studi D III Keperawatan.
7. Bapak ibu dosen Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi DIII Keperawatan yang telah memberikan materi dan praktik selama proses perkuliahan sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses penyusunan studi kasus ini.
8. Alm. Bapak Ignasius Kopong Bele yang telah memberikan doa, mama Kristina Tuto Boli, Greis Patty, Robert Patty, Giren Patty, dan Komul Patty, Emmadulike yang telah memberikan dukungan serta doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan study kasus ini dengan baik
9. Kakak-kakak perawat di ruangan Garuda Khususnya Ibu Duwi Puspita S.Kep,NS yang sudah membantu dan memberikan kasus untuk penulisan studi kasus.
10. Teman seperjuangan KTI, Riniati Pello dan Ika Ayuningsih yang telah membantu menyelesaikan studi kasus ini.
11. Angkatan 27 Poltekes Kupang tahun 2018 khususnya TK III Reguler A, yang selalu setia memberikan saran, dukungan, dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih dan mohon maaf jika dalam pembuatan laporan ini dan masih banyak kekurangan yang penulis lakukan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna menyempurnakan studi kasus ini

Kupang, Juni 2021

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERNYATAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
BIODATA PENULIS.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR ISTILAH.....	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
ABSTRAK.....	xiii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Studi Kasus .....	3
1.4 Manfaat Studi Kasus.....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
2.1 Konsep Teori.....	6
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	15
<b>BAB 3 HASIL STUDI DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>23</b>
3.1 Hasil Studi Kasus.....	23
3.2 Pembahasan.....	28
<b>BAB 4 PENUTUP.....</b>	<b>33</b>
4.1 Kesimpulan .....	33
4.2 Saran.....	34
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>35</b>

## DAFTAR ISTILAH

WHO : World Health Organisation.....	2
DEPKES : Departamen Kesehatan.....	2
DNU : Dispepsia Non Ulkus.....	6
OAINS : Obat Anti Inflamasi Non Steroid.....	8
NGT : Naso Gastrik Tube.....	10
SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia.....	12
SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia.....	13
SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.....	14
TTV : Tanda-Tanda Vital.....	17
mmHg : Milimeter Merkuri Hydrargyrum.....	18
GCS : Glasgow Come Scale.....	18
Hb : Hemoglobin.....	18
gr/dl : Gram/Desiliter.....	18
MCV : Mean Corepuscular Volume.....	18
MCH : Mean Corepuscular Hemoglobin.....	18
NACL : Natrium Clorida.....	18

## DAFTAR BAGAN

Patway Dispepsia.....	31
-----------------------	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Format Asuhan Keperawatan Dispepsia.....	32
Lembar Konsultasi.....	33

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. N. B Dengan Diagnosa Medis Dispepsia di Ruang Rawat Inap Garuda RSUD S.K Lerik Kota Kupang**

Segibertus R. Patty, Dominggus Gonsalves\*)  
Prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang

Xiii, 35 halaman, 18 daftar istilah, 33 daftar bagan, 54 Lampiran

**Latar belakang** : Dispepsia merupakan suatu keluhan atau gejala klinis yang berupa keluhan nyeri, rasa tidak enak atau sakit pada perut bagian atas yang menetap atau episodik disertai dengan keluhan seperti rasa penuh saat makan, cepat kenyang, kembung, sendawa, anoreksia, mual, dan muntah. Berdasarkan data yang didapatkan menurut WHO (2015) menemukan bahwa kasus dispepsia di seluruh dunia mencapai 3-40% dari total populasi dalam setiap negara. Indonesia menempati urutan ketiga dengan jumlah dispepsia terbanyak setelah negara Amerika dan Inggris sebanyak 450 penderita dispepsia (Depkes RI, 2011).

**Tujuan** : mampu memberikan asuhan keperawatan pada Ny. N. B dengan diagnosa medis dispepsia di Ruang Rawat Inap Garuda RSUD S.K LERIK Kota Kupang dengan pendekatan proses keperawatan.

**Hasil** : didapatkan bahwa pasien diantar ke Rumah Sakit oleh keluarganya, keluhan pasien saat itu mengalami nyeri di ulu hati dan mual muntah. Sehingga ditetapkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis dan resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah.

**Kesimpulan** : dari hasil peneliti dan melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien dengan diagnosa medis dispepsia, dalam aspek didapatkan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

**Saran** : Bagi perawat yaitu memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai dispepsia dan memfasilitasi pasien dalam melakukan perawatan di Rumah Sakit. Saran bagi pasien dan keluarga yaitu menjalani terapi pengobatan dengan teratur sehingga mempercepat proses penyembuhan, melakukan perawatan diri sesuai teori yang diterapkan selama perawatan.

**Kata Kunci** : Dispepsia, Asuhan Keperawatan

**Kepustakaan**: 19 Buah ( 2009-2018)

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Dispepsia adalah suatu kondisi medis yang ditandai, dengan nyeri atau rasa tidak nyaman atau nyeri pada perut bagian atas atau ulu hati (Irianto, 2015). Masalah kesehatan yang banyak dijumpai di masyarakat pada umumnya adalah gangguan pencernaan yang sering disebut dispepsia. Menurut Octaviana dan Anan (2018), dyspepsia termasuk salah satu jenis penyakit yang tidak menular namun akibat paparan dari penyakit tersebut dapat menyebabkan mortalitas yang sangat tinggi.

Penyakit dispepsia banyak terjadi di negara-negara diseluruh dunia. Penyakit ini sering disebut maag, dikarenakan keduanya memiliki kesamaan gejala. Hal ini kurang tepat, dikarenakan maag berasal dari kata Belanda yang berarti lambung, sedangkan untuk kata dyspepsia sendiri berasal dari bahasa Yunani, dan terdiri dari dua kata “dys” yang berarti buruk dan “peptei” yang berarti pencernaan. Secara garis besar dispepsia berarti pencernaan yang buruk.

Dispepsia merupakan masalah kesehatan yang sering diabaikan demi kesenangan sementara, terutama para kaum muda maupun tua (Purwaningrum, 2006). Adanya perubahan pada perilaku, gaya hidup, serta situasi lingkungan yaitu berupa ketidakteraturan pola makan, kurangnya aktifitas fisik dan meningkatnya polusi lingkungan. Disebabkan oleh perkembangan teknologi, industri dan perbaikan sosial ekonomi yang mempengaruhi perubahan tersebut. Perubahan tersebut member pengaruh terhadap kasus penyakit yang tidak menular (Harahap, 2009)

Faktor yang menyebabkan adanya dyspepsia adalah produksi asam lambung yang berlebihan. Contohnya yaitu beberapa zat kimia seperti alcohol yang pada umumnya terdapat pada obat penahan nyeri, asam cuka. Makanan dan minuman yang bersifat asam, makanan yang pedas serta bumbu yang merangsang. Semua factor pemicu tersebut dapat menyebabkan dispepsia (Wiranto, 2011)

Menurut Octaviana dan Anam (2018) penyakit dyspepsia ini termasuk salah satu penyakit yang paling umum ditemukan. WHO (2015) menemukan bahwa, kasus dyspepsia di dunia mencapai 13-40% dari total populasi dalam setiap negara. Hasil dari studi tersebut menunjukkan bahwa negara di Amerika Serikat, Eropa dan Oseania, prevalensi dyspepsia sangat bervariasi antara 5-43%. Berdasarkan data yang menunjukkan prevalensi gejala dyspepsia yang ada, prevalensi gejala dyspepsia berdasarkan umur meningkat secara signifikan, yaitu : 7,7% pada umur 15-17 tahun, 17,6% pada umur 18-24 tahun, 18,3% pada umur 25-34 tahun, 17,7% pada umur 35-44 tahun, 22,8% pada umur 45-54 tahun, 23,7% pada umur 55-64 tahun, 24,4% pada umur di atas 65 tahun. Sedangkan gejala dyspepsia lebih sering pada perempuan 24,4% dibandingkan 16,6% pada laki-laki. Menurut data WHO Indonesia menempati urutan ketiga dengan jumlah penderita terbanyak dyspepsia setelah negara Amerika dan Inggris sebanyak 450 penderita dyspepsia (Depkes RI, 2011)

Kasus dyspepsia di kota-kota besar di Indonesia cukup tinggi. Dari penelitian yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2015, angka kejadian dyspepsia di Surabaya 31,2%, Denpasar 46%, Jakarta 50%, Bandung 32,5%, Palembang 35,5%, Pontianak 31,2%, Medan 9,6% dan termasuk Aceh mencapai 31,7%. (Depkes RI, 2015).

Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Nusa Tenggara Timur, menyatakan bahwa penyakit dyspepsia berada pada urutan ketiga dari sepuluh penyakit terbanyak dari tahun 2010-2014 dengan jumlah kasus mencapai 3.072 kasus, dan persentase sebesar 7,94%. Pada Rumah Sakit Bhayangkara, jumlah kasus dyspepsia dari Januari tahun 2018 sampai Juli 2018 total kasus mencapai 136 kasus. Laki-laki mencapai 60 kasus dan perempuan 70 kasus ( CI Ruang Garuda RSUD S.K LERIK Kota Kupang 2021).

Solusi dalam menangani masalah dyspepsia 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 napas dalam (Syamsiah dan Muslihat, 2015).

Berdasarkan data di atas, maka penulis tertarik untuk menyusun sebuah Studi Kasus dengan Judul “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Dispepsia di RSUD S.K. LERIK Kota Kupang”

## **1.1 Tujuan Penelitian**

### **1.1.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari Karya Tulis Ilmiah ini yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny.N.B dengan diagnose medis Dispepsia di ruangan Garuda RSUD S.K LERIK Kota Kupang.

### **1.1.1 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada pasien Ny.N.B dengan diagnosa medic Dispepsia di Ruang Garuda RSUD S.K Lerik Kota Kupang.
2. Menetapkan diagnasa keperawatan pada pasien Ny.N.B dengan diagnosa medis Dispepsia di Ruang Garuda S.K Lerik Kota Kupang.
3. Menyusun rencana auhan keperawatan pada pasien Ny.N.B dengan diagnosa medis Dispepsia di Ruang Garuda RSUD S.K Lerik Kota Kupang.
4. Melaksanakan implementasi pada pasien Ny. N.B dengan diagnose medis dispepsia di Ruang Garuda RSUD S.K Lerik Kota Kupang.
5. Nelakukan evaluasi pada pasien Ny.N.B dengan diagnose medic Dispepsia di Ruang Garuda RSUD S.K Lerik Kota Kupang

## **1.2 Manfaat**

### **1.2.1 Bagi Masyarakat**

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi sumber referensidan informasi bagi masyarakat yang membaca supaya dapat engetahui bagaimana merawat individu dengan dispepsia dan pencegahannya untuk dirinya sndiri maupun orang lain.



## **1.2.2 Manfaat Praktis**

### **Bagi Penulis**

Penulis dapat mempraktikkan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan diagnosa medis dispepsia, mulai dari melakukan pengkajian, merumuskan masalah, menyusun rencana yang telah dibuat, mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan dan melakukan dokumentasi.

### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dapat menjadi sumber referensi untuk mengembangkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang gangguan pada pasien dengan dyspepsia.

### **2. Bagi Institusi RSUD S.K Lerik Kota Kupang**

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik keperawatan, terkhususnya untuk pasien dengan masalah dispepsia.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep penyakit

##### 2.1.1 Pengertian Dispepsia

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

Dispepsia merupakan istilah yang umum dipakai untuk suatu sindroma atau kumpulan gejala/keluhan berupa nyeri atau rasa tidak nyaman pada perut bagian atas (Ni & Cokorda, 2018)

##### 2.1.2 Klasifikasi Dispepsia

Pengelompokan dyspepsia terbagi menjadi dua yaitu :

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

##### 2.1.3 Etiologi

Dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai penyakit baik yang bersifat organik (struktural ) dan fungsional. Penyakit yang bersifat organik antara lain karena terjadinya gangguan disaluran cerna dan disekitar saluran cerna, seperti

pancreas, kandung empedu dan lain-lain. Sedangkan penyakit yang bersifat fungsional dapat dipicu karena faktor psikologi dan faktor intoleran terhadap obat-obatan dan jenis makanan tertentu (Purnamasari, 2017).

Menurut Fithriyana (2018) Dispepsia disebabkan karena makan yang tidak teratur sehingga memicu timbulnya masalah lambung dan pencernaannya menjadi terganggu. Ketidakteraturan ini berhubungan dengan waktu makan, seperti berada dalam kondisi terlalu lapar namun kadang-kadang terlalu kenyang. Selain itu kondisi faktor lainnya 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.

Faktor-faktor yang menyebabkan dispepsia adalah:

1) Bakteri *Helicobacter pylori*.

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

2) Merokok

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

3) Stres

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

4) Efek samping obat-obatan tertentu

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

5) Alkohol

Mengonsumsi alkohol dapat mengiritasi dan mengikis permukaan lambung.

6) Mengonsumsi makanan terlalu pedas dan asam.

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

#### **2.1.4 Gejala Klinis**

Menurut Purnamasari 2017 :

Adanya gas diperut, rasa penuh setelah makan, perut menonjol, cepat kenyang, kembung setelah makan, mual muntah, sering bersendawa, tidak nafsu makan, nyeri ulu hati dan dada atau regurgitas asam lambung kemulut. Gejala dispepsia Akut dan kronik berdasarkan jangka waktu tiga bulan meliputi : rasa sakit, dan tidak enak diulu hati, perih, mual berlangsung lama dan sering kambuh dan disertai dengan ansietas dan depresi.

#### **2.1.6 Penatalaksanaan Dispepsia**

Penatalaksanaan dispepsia menurut Amelia (2018) :

1. Non Farmakologi : tindakan-tindakan keperawatan dalam perawatan pasien dengan gangguan gangguan nyeri abdomen yaitu mengatur posisi pasien, hipnoterapi, terapi relaksasi, management nyeri, dan terapi perilaku.
2. Farmakologi : pengobatan dispepsia mengenal beberapa obat, yaitu Antasida, Pemberian antasida tidak dapat dilakukan terus-menerus karena hanya bersifat simptomatis untuk mengurangi nyeri. Obat yang termaksud golongan ini adalah simetidin, ranitidine, dan famotidine. Pemasangan cairan parenteral, pemasangan Naso Gastrik Tube (NGT) jika diperlukan.

### **2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik**

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

1. Pemeriksaan laboratorium, biasanya meliputi hitung jenis sel darah yang lengkap dan pemeriksaan darah dalam tinja, dan urin. Jika ditemukan leukosit dosis berarti tanda-tanda infeksi. Jika tampak cair berlendir atau banyak mengandung lemak pada pemeriksaan tinja kemungkinan menderita mal absorpsi. Seseorang yang diduga menderita dispepsia ulkus sebaiknya diperiksa derajat keasaman lambung. Jika diduga suatu keganasan, dapat diperiksa tumor marker (dugaan karsinoma kolon), dan (dugaan karsinoma pankreas).
2. Barium enema untuk memeriksa saluran cerna pada orang yang mengalami kesulitan menelan atau muntah, penurunan berat badan atau mengalami nyeri yang membaik atau memburuk bila penderita makan.
3. Endoskopi bias digunakan untuk mendapatkan contoh jaringan dari lapisan lambung melalui tindakan biopsi. Pemeriksaan nantinya di bawah mikroskop untuk mengetahui apakah lambung terinfeksi *Helicobacter pylori*. Endoskopi merupakan pemeriksaan baku emas, selain sebagai diagnostic sekaligus terapeutik.
4. Pemeriksaan penunjang lainnya seperti foto polos abdomen, serologi *H.pylori*, urea breath test, dan lain-lain dilakukan atas dasar indikasi (Ida, 2016).

### **2.1.6 Komplikasi**

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

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Dengan Dispepsia**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan dispepsia meliputi adanya nyeri perut, rasa pedih di ulu hati, mual kadang-kadang muntah, nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, perut kembung, rasa panas 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 didapatkan yaitu keluhan utama: nyeri pada perut dan 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 antiplatelet, 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 penyalagunaan alkohol. Curigai penyakit hati, penyalahgunaan obat intra vena, gejala putus obat, pembedahan abdomen sebelumnya, curigai adanya obstruksi usus, penyakit hati atau gastritis. alasan mencari pengobatan yaitu, identifikasi perubahan pada gejala: identifikasi kontak dengan pemberi perawatan kesehatan lainnya untuk

penyakit ini. 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 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 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 dikempas 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 (Ida, 2016) diagnosa keperawatan yang muncul pada masalah dispepsia yaitu:

- (1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.
- (2) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
- (3) Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
- (4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum.
- (5) Ansietas

### **2.2.3 Intervensi keperawatan**

Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan, maka intervensi yang akan dilakukan :

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Luaran ( Kontrol Nyeri “L. 08063 )

Tuk 2

Setelah dilakukan tindakan keperawatan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil :

1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat
2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat
3. Kemampuan menggunakan teknik non- farmakologis meningkat

Luaran ( tingkat nyeri “L.08006” )

Setelah dilakukan tindakan keperawatan kontrol nyeri menurun dengan kriteria hasil:

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Gelisah menurun

Standar keperawatan Indonesia (SIKI)

- Manajemen nyeri( I.08238 )

Observasi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik

1. Berikan teknik non farmakologis untuk menurangi rasa nyeri ( mis. Tensi, hypnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/ dingin
2. Fasilitas istirahat dan tidur

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri



2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgesic

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

1. Resikio Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah

( Muntah “D. 0037” )

Setelah dilakukan tindakan keperawatan ekspektasi meningkat selama dalam perawatan dengan kriteria hasil :

1. Serum natrium meningkat
2. Serum kalium meningkat
3. Serum klorida meningkat

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

- Edukasi kesehatan ( I.0322)

Observasi

1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit
2. Monitor kadar elektrolit serum
3. Monitor mual, muntah dan diare
4. Monitor kehilangan cairan

Terapeutik

1. Atur interval waktu peantauan sesuai dengan kondisi pasien
2. Dokumentasi hasil pemantauan

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2. Informasikan hasil pemantauan

#### **2.2.4 Implementasi keperawatan**

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

#### **2.2.5 Evaluasi keperawatan**

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

## **BAB III**

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

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

Pada bab ini berisikan tentang rincian studi kasus “Asuhan Keperawatan pada NY.N.B dengan diagnosa medis dispepsia di RSUD S.K Lerik kota kupang sejak tanggal 3 mei- 5 mei 2021

##### **3.1.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada pasien berinisial NY.N.B berjenis kelamin perempuan, NY.N.B berusia 38 tahun, beragama islam, suku Ambon, dan bertempat tinggal di kayu putih, pendidikan terakhir SI, status menikah, pekerjaan ibu rumah tangga. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 3 Mei 2021 pukul 17: 00 wita dengan diagnose medis dyspepsia, kemudian dilakukan pemeriksaan pada NY.N.B dan didapatkan hasilnya bahwa kondisi pasien merasa nyeri di bagian ulu hati, nyerinya seperti tertikam dan menyebar ke perut bagian atas, dengan skala nyeri 5 berlangsung selama 5- 10 menit dan rasanya hilang timbul. Keluhan yang dirasakan mulai muncul sejak 3 hari yang lalu (tanggal 30 April 2021) setelah pasien makan makanan yang pedas lalu dibawa ke rumah sakit dan diberikan obat Ranitidin untuk menurunkan produksi asam lambung. Saat ini didapatkan keluhan lain yang menyertai seperti demam, batuk berdahak sudah 3 hari, nafsu makan menurun dan mual muntah.

Riwayat penyakit sebelumnya, NY.N.B mengatakan pernah menderita penyakit lambung tetapi tidak di bawah ke rumah sakit. Pasien hanya minum air panas untuk mengatasi rasa sakitnya. Pasien tidak ada riwayat alergi terhadap makanan, tidak pernah melakukan operasi, pasien tidak merokok dan minum alcohol, dan tidak suka minum kopi.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan: tekanan darah 140/100 mmHG, pernapasan: 18x/ menit, nadi: 100x/ menit, suhu: 36,5°C. Kepala dan leher:

bentuk, ukuran simetris, konjungtiva anemis, sklera putih, tidak menggunakan kaca mata, 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 diantaranya Rhinitis, Polip, Sinusitis dan Epitaksis, gigi tampak bersih, ada lubang gigi dibagian belakang, 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 norma, bibir normal tidak sianosis, kuku normal tidak sianosis, capillary refill time kurang dari 3 detik, tangan dan kaki tidak ada udem dan lesi, tidak ada nyeri sendi. Hasil pengukuran kekuatan otot didapatkan ekstremitas atas bagian sinistra dan dekstra bernilai 5, dan ekstremitas bawah bagian sinistra dan dekstra bernilai 5. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 3 mei 2021, didapatkan hasil darah rutin: Hb 12.2 gr/dl, Ht 35.3%, MCV 79.6 fl, MCH 27.0 pg, Leukosit  $24.24 \times 10^3/\text{ul}$ , Limfosit  $2.14 \times 10^3/\text{ul}$ , Monosit  $1.42 \times 10^3/\text{ul}$ . Kimia urine : Warna kuning tua, Keruh, Berat jenis 1.030, Ph 6.0, Keton trace ( ± ), Protein ( + ), Blood ( + ). Sedimen urine : Leukosit 3-5 Sel/LPB, Eritrosit 6-8 Sel/LPB, Epitel 8-10 Sel/LPK, Bakteri ( + ).

Pasien mendapat terapi yaitu : NACL 0,9 % 20 tpm, Antasida Syr 3x2 sehari/oral, Simucil atau Acetylsistein 200 mg/kapsul, Ondansentron 3x4 ml, NAC 3x200 sehari/oral, Ranitidin 50 mg/IV, PCT 3x500 mg/oral, Vitamin C 2x1, Sukralfat 3x2 c, Cefotaxime 2x1 g/inj, Levofloxacin 1x700mg/inj, Domperidone 3x1mg/inj, Oeprazole 2x4mg/inj.

### **3.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnose keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang dikaji dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data pendukung.

Masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny. N. B adalah : 1). Nyeri akut yang disebabkan oleh makanan pedas yang dikonsumsi pasien dengan data yang didapat yaitu: pasien mengeluh nyeri ulu hati sejak tadi pagi, nyerinya seperti tertikam nyeri tidak menyebar berlangsung antara 5- 10 menit, nyerinya hilang timbul dengan skala nyeri 6. Diagnose keperawatan kedua yaitu resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit yang disebabkan karena pasien mengatakan nafsu makan menurun dan mual muntah sudah 3 kali.

### **3.1.3 Intervensi Keperawatan**

setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat kontrol nyeri ( L. 08063 ) pasien akan meningkat, dengan kriteria hasil : Pasien melaporkan nyeri terkontrol. Dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa ini adalah dengan identifikasi nyeri yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, observasi adanya petunjuk pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui 3.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien sehingga rencana tindakan dapat diselesaikan dengan spesifik ( jelas atau khusus ), measurable ( dapat diukur ), achievable ( dapat diterima ), dan time ( waktu ) selanjutnya dapat diukur rencana keperawatan dari diagnosis yang ditegakan (SIKI, 2016 ).

Diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis yang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di bagian perut bawah kanan yang menjalar sampai ke pinggang, nyerinya seperti tertusuk, dengan skala nyeri 5, nyeri dirasakan terus-menerus. Ekspresi wajah pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak lemas dan gelisah.

Tujuan atau luaran untuk diagnosa ini adalah pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri. Intervensi manajemen nyeri ( I. 08238 ) hanya 4 aktifitas yang penulis ambil ini dikarenakan 4 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu : pertama, identifikasi skala nyeri secara komprehensif Provocate, Quality, Region, Severe, Time

( PQRST ). Kedua, menjelaskan strategi untuk meredakan nyeri. Ketiga, pastikan perawatan analgesik bagi pasien. Keempat, memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri ( relaksasi napas dalam ).

Diagnosa kedua resiko ketidakseimbangan elektrolit yang berhubungan dengan muntah. Tujuan atau luaran untuk diagnosa ini adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan keseimbangan elektrolit ( L. 03021 ) meningkat dengan kriteria hasil : serum natriu, serum kalium, serum klorida meningkat. Intervensi pemantauan elektrolit ( 1. 03122 ) identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit, monitor mual, muntah dan diare, monitor kehilangan cairan, atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, menganjurkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.

#### **3.1.4 Implementasi Keperawatan**

Dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan pada 3 Mei 2021 dan dilakukan implementasi nyeri yang dihubungkan dengan agen pencedera fisiologis yaitu dengan melakukan pengkajian nyeri komperensif meliputi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, dan factor pencetus. Memasang infuse, memberikan injeksi obat anti nyeri ( ketrolac ), mengajarkan prinsip- prinsip manajemen nyeri, dan mengambil darah vena.

Diagnose yang kedua tindakan keperawatan pada tanggal 3 Mei 2021 dengan diagnose resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit yang di hubungkan dengan mual dan muntah yaitu mengkaji penyebab mual dan muntah, mengkaji makanan kesukaan, menyarankan mengkonsumsi makanan lunak, menghidangkan makanan hangat, menyarankan mengkonsumsi makanan sedikit tetapi sering.

### **3.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Hasil evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan tindakan diagnosis yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode subjektif, objektif, asesmen, planning (SOAP) untuk diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dengan data subjektif : pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang. Data objektif : pasien tampak kurang tenang, assessment: masalah teratasi sebagian, planning : intervensi dilanjutkan.

Pada diagnosa yang kedua hasil evaluasi pada setiap tindakan yang ditetapkan dengan menggunakan metode subjektif, objektif, asesmen, planning (SOAP) untuk diagnosa resiko ketidakseimbangan elektrolit yang berhubungan dengan muntah. Data subjektif yang didapat: pasien mengatakan tidak merasakan mual muntah. Objektif: pasien tampak menghabiskan porsi makan yang disediakan. Assesmen : masalah teratasi sebagian. Planning : intervensi dilanjutkan.

## **2.2. Pembahasan**

Pada pembahasan studi kasus yang dibahas adalah kesenjangan teori yang ada dan praktik lapangan. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien menggunakan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai tahap evaluasi keperawatan. Pada pengkajian keperawatan yang dilakukan adalah mengambil data- data melalui proses wawancara (anamnesa) dan melalui pengkajian fisik, dimana data yang diambil dapat berupa data primer dan sekunder dan dapat bersifat subjektif dan objektif. Kemudian data- data yang telah di dapat, dianalisa untuk menegakkan diagnose keperawatan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017).

Setelah menegakkan diagnose keperawatan, maka selanjutnya adalah membuat perencanaan keperawatan menggunakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Setelah menyusun perencanaan, langkah selanjutnya yaitu melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah di buat. Setelah melakukan tindakan keperawatan, diperlukan untuk melakukan evaluasi untuk mengetahui

keberhasilan dari tindakan tersebut. Evaluasi dapat berupa evaluasi formatif dan sumatif (hasil).

### **3.2.1 Pengkajian**

Purnamasari (2017) menyatakan bahwa pasien dengan dispepsia akan mengalami tanda dan gejala seperti adanya rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, mual, tidak ada nafsu makan dan perut terasa panas, mual muntah, sering bersendawa, nyeri ulu hati dan dada atau regurgitas asam lambung kemulut. Berdasarkan kasus nyata tidak semua tanda dan gejala seperti pada teori ditemukan pada Ny. N. B. Tanda dan gejala yang ditemukan pada Ny. N. B diantaranya ada mual, muntah, ada nyeri di ulu hati, terjadi penurunan nafsu makan. Berdasarkan teori, faktor pencetus terjadinya dispepsia adalah bakteri *Helicobacter pylori*, merokok, stres, efek samping obat-obatan, alkohol, mengkonsumsi makanan terlalu pedas dan asam.

Berdasarkan kasus nyata pada Ny. N. B ditemukan pasien masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri ulu hati yang disebabkan setelah sebelumnya pasien mengkonsumsi makanan yang pedas, hal ini disebabkan karena makanan pedas dapat menyebabkan iritasi lambung dan juga dapat meningkatkan sekresi asam lambung. Keluhan utama pada pasien dengan dispepsia menurut teori yaitu nyeri pada perut dan mual muntah. Pada kasus Ny. N. B ditemukan adanya keluhan nyeri pada ulu hati dan menjalar ke perut bagian kanan bawah dan ditemukan adanya mual dan muntah, sehingga menurut penulis tidak ada perbedaan antara teori dan kasus nyata.

Ida (2016) menyatakan bahwa perlu ditanyakan pada pasien tentang riwayat penyakit terdahulu seperti adanya penyakit saraf atau riwayat cedera sebelumnya, kebiasaan minum alkohol, konsumsi medikasi antikoagulan atau agen antiplatelet, adanya alergi, dan status imunisasi. Berdasarkan data yang ditemukan pada Ny. N. B tidak ditemukan riwayat penyakit dahulu seperti yang disebutkan.



### **3.2.2 Diagnosa keperawatan**

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

Pada kasus masalah keperawatan ditemukan ada dua yang penulis tegakkan berdasarkan data-data dari pengkajia, hal ini disebabkan karena pada kasus nyata ditemukan data-data nyeri ulu hati, mual, muntah, skala nyeri 5, kurang napsu makan dan lemas yang sesuai dengan keluhan Ny. N. B dari diagnosa nyeri akut dan resiko ketidakseimbangan eletrolit. Sedangkan untuk diagnosa keperawatan resiko ketidakseimbangan eletrolit tidak ditemukan di teori, tetapi ada kesenjangan antara teori dan diagnose kasus yang ditegakkan yaitu pada kasus nyata ditemukan resiko ketidakseimbangan eletrolit dikarenakan sesuai dengan keluhan yang ditemukan pada pasien.

### **3.2.3 Intervensi keperawatan**

Intervensi keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien sehingga rencana tindakan dapat diselesaikan dengan spesifik ( jelas atau khusus ), measurable ( dapat diukur ), achievable ( dapat diterima ), dan time ( waktu ), selanjutnya dapat diuraikan rencana keperawatan dari diagnosa yang ditegakan ( SDKI 2017 ).

Diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis yang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di bagian ulu hati, nyeri timbul saat pasien mengkonsumsi makanan yang pedas, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk hanya di bagian perut kanan bawah, dengan skala nyeri 5 ( nyeri sedang ) menggunakan skala 1-10, nyeri dirasakan terus-menerus, ekspresi wajah pasien tampak meringis kesakitan. Tujuan / Luaran setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 15-20 menit tingkat kontrol nyeri ( kontrol nyeri, kode : L 08063 ) meningkat dan pasien mengatakan nyerinya berkurang dari

skala 5 menjadi 2. Dengan perencanaan yang dibuat untuk diagnosa ini adalah dengan lakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas ( beratnya nyeri ). Intervensi manajemen nyeri ( I. 08238 ) hanya 4 aktifitas yang penulis ambil ini dikarenakan 4 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu : pertama, identifikasi nyeri secara komprehensif Provocate, Quality, Region, Severe, Time (PQRST). Kedua, jelaskan strategi meredakan nyeri. Ketiga pastikan pemberian analgesik bagi pasien. Keempat berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri ( teknik relaksasi napas dalam ). Diagnosa kedua resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah. Tujuan / Luaran setelah dilakukan tindakan keperawatan keseimbangan elektrolit (keseimbangan elektrolit, kode : L. 03021 ) meningkat dan pasien mengatakan mual, muntah serta lemas berkurang. setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien dapat mempertahankan keseimbangan elektrolit. Intervensi pemantauan elektrolit ( I. 03122 ) penulis hanya menggunakan 3 dari 6 aktifitas karena sesuai dengan kasus yang penulis yaitu: pertama identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit. Kedua monitor mual, muntah dan diare pasien. Ketiga pemberian makanan yang tinggi serat seperti apel, brokoli, pisang dan wortel.

### **3.2.4 Implementasi keperawatan**

Tindakan keperawatan adalah pengelolah dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini perawat akan memberikan perawatan kepada pasien dan perawat akan berkolaborasi dengan tenaga ahli medis lain untuk memenuhi kebutuhan pasien ( Hutahaean, 2010).

Penulis melakukan implementasi berdasarkan dari intervensi yang telah dirumuskan dan semua tindakan keperawatan dapat diimplementasikan rencana tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada kasus nyata. Implementasi pada kasus nyata dilakukan pada tanggal 03 mei 2021. Diagnosa nyeri akut

berhubungan dengan agen cedera fisiologis dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 17.30 WITA yaitu dengan : melakukan identifikasi nyeri meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, beratnya nyeri dan faktor pencetus memasang infuse 17.45. Memberikan obat anti nyeri 17.50. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam 16.10.

Diagnosa kedua resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 18.20 WITA menyarankan keluarga menyediakan makanan kesukaan pasien, menyarankan pasien mengkonsumsi makanan sedikit tapi sering 18.30. Menyarankan keluarga menyediakan makanan yang hangat bagi pasien 18.45.

Berdasarkan teori implementasi dan implementasi pada kasus nyata didapatkan bahwa tidak adanya kesenjangan dalam melakukan tindakan keperawatan pada pasien dispepsia.

### **3.2.5 Evaluasi keperawatan**

Tahap evaluasi keperawatan menggunakan Subjektif, Objektif, Analisis, Planing metode ini gunakan untuk membandingkan perubahan keadaan pasien ( hasil yang dinanti ) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan ( Hutahean, 2010 ).

Hasil evaluasi kasus nyata yang dilakukan pada Ny. N. B diruangan Garuda RSUD SK. LERIK Kota Kupang pada tanggal 05 mei 2021. Evaluasi keperawatan pada Ny. N. B menggambarkan kondisi Ny. N. B sudah mulai membaik ini ditandai dengan nyeri berkurang. Dari kasus yang didapatkan bahwa masalah keperawatan nyeri akut sudah teratasi dan Ny. N. B sudah makan makanan meskipun sedikit tapi sering dan tidak merasa mual maupun muntah lagi, dari kasus yang didapatkan bahwa masalah keperawatan resiko ketidakseimbangan elektrolit sudah teratasi.

Berdasarkan teori di atas dan hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan keperawatan tidak adanya kesenjangan antara teori maupun pada

kasus nyata, dimana masalah keperawatan nyeri akut dan resiko ketidakseimbangan eletrolit sudah teratasi, ini dikarenakan perubahan keadaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan sudah teratasi, sehingga pencapaian tujuan dan luaran dari diagnosa tersebut sudah teratasi.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan dispepsia pada Ny. N.B di ruang rawat inap garuda di RSUD S.K Lerik Kota Kupang pada tanggal 3 mei 202 kemudian membandingkan antara teori dengantujuan kasus, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1) hasil pengkajian pada Ny.N.B mengeluh nyeri di bagian ulu hati, mual dan muntah selama 2 hari, kurang nafsu makan, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyeri timbul saat mengkonsumsi makanan pedas, nyeri dengan skala 5( nyeri sedang) menggunakan skala 0-10.

2). Hasil analisa data didapatkan ada dua diagnosis keperawatan yang diangkat yaitu : . Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan resiko ketidakseimbangan elektrolitb berhubungan dengan muntah.

3). Perencanaan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien dengan dispepsia adalah melakukan pengkajian nyeri komperensif, memberikan obat anti nyeri(katrolac), mengajarkan prinsip- prinsip manajemen nyeri.

4.).Implementasi yang dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan, yaitu:

5). Hasil evaluasi keperawatan dengan kasus dispepsia dengan masalah keperawatan nyeri akut sudah teratasi.

#### **4.2 Saran**

Dengan dilaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan dispepsia yang dapat diharapkan yaitu:

##### **1. Bagi institusi pendidikan**

Diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam menjalani praktek dan pembuatan asuhan keperawatan.

2. Bagi rumah sakit

Pada saat memberikan asuhan keperawatan pasien dengan dispepsia, hendaknya perawat ruangan memberikan pembekalan penanganan di rumah supaya keluarga dapat merawat pasien saat pasien sudah pulang seperti menasehati pasien untuk kurangi mengkonsumsi makanan yang dapat menyebabkan dispepsia.

3. Bagi pasien

Diharapkan agar dapat dijadikan sebagai pedoman untuk mengetahui lebih lanjut tentang penyakit yang sedang dialami.

4. Bagi penulis

Hasil penelitian membuat pengalaman belajar dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan berkaitan dengan pasien dispepsia.

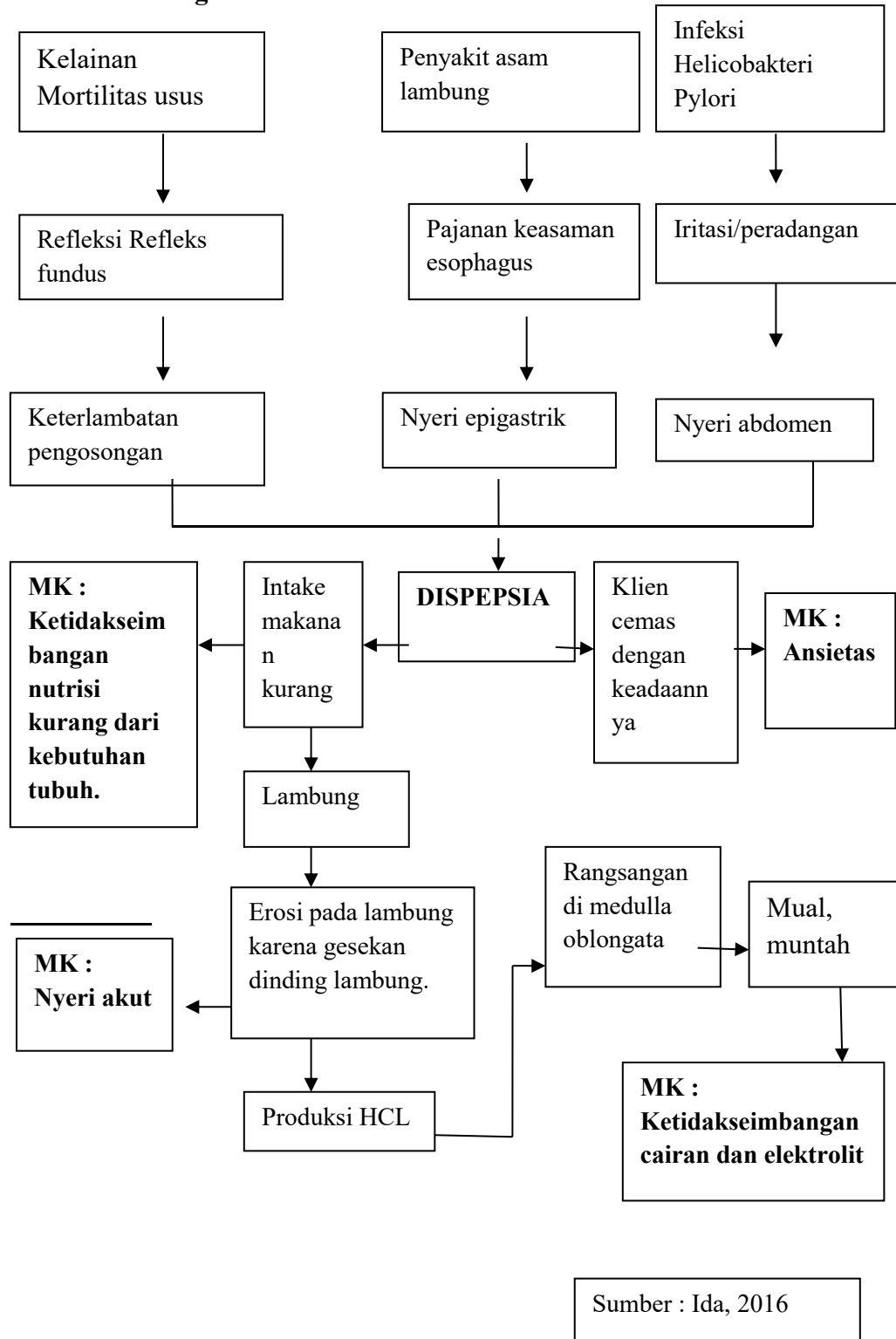
## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistic (BPS). (2020). *Kasus Penyakit Dispepsia*.  
<https://lampung.bps.go.id/statictable/2016/08/02/497/jumlah-kasus-10-penyakit-terbanyak-di-provinsi-lampung-2015.html>
- Diyono, (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, Sistem Pencernaan*,  
Jakarta :Prenada Media Group
- Fithriyana (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dispepsia Pada Pasien Di Wilayah Kerja Puskesmas Berguinang Kota. PREPOTIF Jurnal Kesehatan Masyarakat.  
<https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/prepotif/article/view/79>
- Furqoni, R. &. (2014). Hubungan Pola Makan Dengan Sindroma Dispepsia Remaja Putri Di SMP Negeri Karya Penggawa Kabupaten Barat.  
<http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/holistik/article/view/211>
- Harahap Yanti (2009). Karakteristik Penderita Dispepsia Rawat Inap Di Rumah Sakit Martha Fisika Medan Tahun 2007. <https://text-id.123dok.com/document/dzxv0vwy-karakteristik-penderita-dispepsia-rawat-inap-di-rs-martha-friska-medan-tahun-2007.html>
- Hutahean (2010). Konsep dan dokumentasi proses keperawatan. Jakarta: Trans Info Media
- Irianto (2015). Memahami Berbagai Macam Penyakit: Penyebab, Gejala, Penularan, Pengobatan, Pemulihan Dan Pencegahan. Bandung : Alfabeta
- Kemenkes RI (2011). *Profile Kesehatan Indonesia 2010*, Jakarta.
- Kemenkes RI (2015). *Profile Kesehatan Indonesia 2014*, Jakarta.

- Laila Nurul. (2017). Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Dispepsia Pada Pasien Dengan Keluhan Nyeri Abdomen Di Rs Amelia Pare Kabupaten Kediri. <https://ojs.unpkediri.ac.id/index.php/akper/article/view/14676>
- Mardalena, Ida 2016. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan. Jakarta : Pustaka Baru Press
- Pamela (2011). Pedoman Keperawatan Emergency. Jakarta : EGC
- Sumarni Sumarni & Andriani Dina. (2015). Hubungan Pola Makan Dengan Kejadian Dispepsia. Penyakit Dispepsia. <https://ejournal.medistra.ac.id/index.php/JKF/article/view/282>
- Rumah Sakit Umum SK. Lerick. 2012. *Buku Register Garuda* RSUD SK. LERIK : Kupang.



### 2.2.4 Patofisiologi



Sumber : Ida, 2016



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



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

Nama : SEGIBERTUS RAINMA PATTY

Mahasiswa

NIM : PO530320118445

**Format Pengkajian Dewasa**

Nama Pasien : Ny. N B

Ruang/Kamar : Garuda c bed 3

Diagnosa : Dyspepsia

Medis

No. Medical :032687

Record

Tanggal : 03 April 2021 Jam : 17.00

Pengkajian

Masuk Rumah : 03 April 2021 Jam : 09.00

Sakit

**Identitas Pasien**

Nama Pasien :Ny. N B  
Jenis Kelamin :P  
Umur/Tanggal Lahir : 27/03/1983  
Status Perkawinan :Menikah  
Agama :Islam  
Suku Bangsa :Ambon  
Pendidikan Terakhir : SI  
Pekerjaan :PNS  
Alamat :Kayu Putih

**Identitas Penanggung**

Nama :Tn. S K  
Pekerjaan :-  
Jenis Kelamin : Laki-Laki  
Hubungan dengan klien :Istri  
Alamat : Fatufeto

**Riwayat Kesehatan**

- Keluhan Utama : Nyeri ulu hati
  - Kapan : sudah 4 hari
  - Lokasi : Abdomen
1. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan : Pasien mengatakan demam dan batuk nyeri ulu hati sakit , ± 3 hari
  - Sifat keluhan : hilang timbulnyerinya
  - Lokasi : nyeri bagian perut kanan bawah
2. Keluhan lain yang menyertai : demam dan batuk berdahak sudah 3 hari, nafsu makan menurun,mual dan muntah.
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : sering terlambat makan karena tidak ada nafsu makan.
  - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) : keluhan berkurang saat tidur/istirahat
  - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : masuk rumah sakit
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
- Riwayat penyakit yang pernah diderita  
Ya , Sebutkan : penyakit lambung

Cara Mengatasi : pasien mengatakan hanya minum air panas untuk menangani sakit lambung.

**Tidak**

Riwayat Alergi

Ya, Jenis, Waktu

Cara Mengatasi :

**Tidak**

Riwayat Operasi

Ya, Jenis, Waktu

**Tidak**

4. Kebiasaan
- Merokok

Ya, Jumlah: , watu.

**Tidak**

Minum alkohol

Ya, Jumlah: , waktu

**Tidak**

Minum kopi :

Ya, Jumlah:

**Tidak**

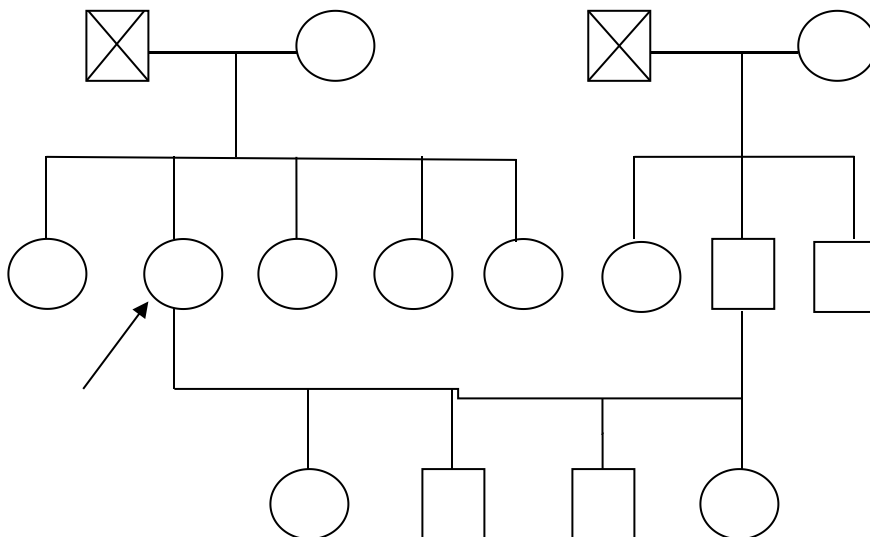
Minum obat-obatan

Ya, Jenis, :


**Tidak**


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

*Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.*




**Ket :**

 : laki-laki

 : perempuan

 : Meninggal

 : Pasien

## Pemeriksaan Fisik

Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah : 160/100 mmhg - Nadi:100x/menit

Pernapasan: 20x/menit - Suhu badan: 38°C

Kepala dan leher

Kepala : Normal

Sakit kepala: sakit kepala

Pusing : tidak

Bentuk , ukuran dan posisi: Normal

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

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

Observasi Wajah : **simetris** asimetri, Jelaskan

Penglihatan

Konjungtiva: merah muda

Sklera: putih

Pakai kaca mata :tidak

Penglihatan kabur :tidak

Nyeri : tidak

Peradangan : tidak

Operasi :

Jenis : -

Waktu : -

Tempat : -

Pendengaran

Gangguan pendengaran :tidak

Nyeri : tidak

Peradangan : tidak

Hidung

Alergi Rhinitis: tidak

Riwayat Polip : tidak

Sinusitis : tidak

Epistaksis : tidak

Tenggorokan dan mulut

Keadaan gigi : lubang bagian belakang

Caries : **Ya**, Jelaskan : gigi belakang

Memakai gigi palsu : tidak

Gangguan bicara : tidak

Gangguan menelan : tidak

Pembesaran kelenjar leher : tidak

Sistem Kardiovaskuler

Nyeri Dada : tidak

Inspeksi :

Kesadaran/ GCS: 15/E4V5M6

Bentuk dada : **normal**

Bibir : **normal**

Kuku : **normal**

Capillary Refill : normal

Tangan : **normal**

Kaki : **normal**

Sendi : **normal**

Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba

Vena jugularis : **Teraba** tidak teraba

Perkusi : pembesaran jantung : Normal

Auskultasi: BJI : Abnormal **normal** BJ II : Abnormal **normal**

Murmur :

Sistem Respirasi

Keluhann :

Inspeksi :

Jejas : Ya, Jelaskan : **tidak**



Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : **Normal**  
Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul, ) **tidak**  
Irama Napas : **teratur** tidak teratur  
Retraksi otot pernapasan : Ya **tidak**  
Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan **tidak**  
- Perkusi : Cairan : Ya **tidak**  
Udara : Ya **tidak**  
Massa : Ya **tidak**  
- Auskultasi :  
Inspirasi : **Normal** Abnormal  
Ekspirasi : **Normal** Abnormal  
Ronchi : Ya **tidak**  
Wheezing : Ya **tidak**  
Krepitasi : Ya **tidak**  
Rales : Ya **tidak**  
Clubbing Finger : **Normal** Abnormal

#### Sistem Pencernaan

Keluhan :-

#### 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 : -  
Luka: Ya, Jelaskan **tidak**  
Pembesaran : Abnormal, Jelaskan **normal**

Keadaan rektal

Luka : Ya, Jelaskan **tidak**

Perdarahan : Ya, Jelaskan **tidak**

Hemmoroid : Ya, Jelaskan **tidak**

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

Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik

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

Udara : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

Palpasi: Tonus otot: **Abnormal**, Jelaskan: menurun normal

Nyeri: **Abnormal**, Jelaskan : di bagian perut kanan bawah normal

Massa: Abnormal, Jelaskan **normal**

#### Sistem Persyarafan

Keluhan: tidak ada keluhan

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

Pupil : **Isokor** anisokor

Kejang : Abnormal, Jelaskan **normal**

Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan **tidak**

Parasthesia : Ya, Jelaskan **tidak**

Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan **normal**

Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan **normal**

Reflexes : Abnormal, Jelaskan **normal**

#### Sistem Musculoskeletal

Keluhan: tidak ada keluhan

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

Nyeri otot : ada **tidak ada**

Nyeri Sendi : ada **tidak ada**

Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan **normal**

kekuatan otot : Atropi hipertropi **normal**

Sistem Integumentari

Rash : ada, Jelaskan **tidak ada**

Lesi : ada, Jelaskan **tidak ada**

Turgor : baik Warna : sawo matang.

Kelembaban : Abnormal, Jelaskan **normal**

Petechie: ada, Jelaskan **Tidak ada**

Lain lain: -

Sistem Perkemihan

Gangguan : kencing menetes ontinensia reter

gross hematur  disuria  poliuri

oliguria  anuria

Alat bantu (kateter, dll)   ya

**tidak**

Kandung kencing : membesar   ya

**tidak**

nyeri tekan :ya **tidak**

Produksi urine :

Intake cairan :

oral :.....cc/hr

Bentuk alat kelamin **Normal** Tidak normal, sebutkan

Uretra : Normal  tidak normal Hipospadia  Epispadia

Lain-lain :

Sistem Endokrin

Keluhan: tidak ada keluhan

Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan  tidak ada

Lain – lain :

Sistem Reproduksi

Keluhan : tidak ada keluhan

Wanita : Siklus menstruasi : -

Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan **normal**

Riwayat Persalinan:-

Abortus: -

Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan **normal**

Lain-lain : -

Pria : Pembesaran prostat : ada **tidak ada**

Lain-lain:-

#### Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

##### Nutrisi

Kebiasaan : makan 3 kali sehari

- Pola makan : baik

Frekuensi makan : ¼ sehari

Nafsu makan : menurun

Makanan pantangan : tidak ada

- Makanan yang disukai : tidak ada

- Banyaknya minuman dalam sehari : 2.000cc/ hari

- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada

- BB :54 kg TB : 170 cm

- Kenaikan/**Penurunan** BB : 1 kg, dalam waktu: 3 hari

1. Perubahan selama sakit : nafsu makan menurun

##### A. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 7-8 kali sehari Warna : kuning

Bau : tidak Jumlah/ hari :-

Perubahan selama sakit : 2-3 kali

2. Buang air besar (BAB)

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

b. Warna : -Bau : -

c. Konsistensi : padat

d. Perubahan selama sakit : belum BAB

B. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : -

- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : -
- Istirahat dan tidur
- Tidur malam jam : 11.00  
Bangun jam : 04.00
- Tidur siang jam : kadang-kadang  
Bangun jam :-  
Apakah mudah terbangun : tidak
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : lingkungan tenang

**Pola Interaksi Sosial**

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : suami
2. Organisasi sosial yang diikuti : -
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik  
Status rumah : milik sendiri  
**Cukup / tidak**  
**Bising / tidak**  
**Banjir / tidak**
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : keluarga
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : bimbingan keluarga
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik
7. **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 di deritanya akan sembuh
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : pelayanan baik dan bicaranya jelas
4. Data Laboratorium & Diagnostik

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai rujukan
1	Warna	Kuning tua	kuning
2	Kekeruhan	Keruh	Jernih
3	Berat jenis	1.030	1.005-1.030
4	Nitrite	6.0	5.0-8.0
5	Glukosa	Negatif	Negatif
6	Keton	Positif(+)	negative
7	Leukosit	3-5	0-5 sel/LPB
8	Eritrosit	6-8	0-3 sel/LPB
9	Kristal	Negatif	Negatif
10	Bakteri	Positif (+)	negatif

- a. Pemeriksaan Darah
- b. Pemeriksaan faeces: tidak ada
- c. Pemeriksaan urine: ada

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen
  - a. Foto gigi dan mulut : tidak ada
  - b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : 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. NAC 3 x 200 sehari oral
  2. ANTASIDA SYR 3 x 2 sehari oral
  3. ONDANSETRON 3 x 4 ml
- Lain-lain : tidak ada

### 1. ANALISA DATA

a. Analisa data

Data	Diagnosa keperawatan			
	Kategori	Sub kategori	Kode	Diagnosis
<p><b>DS:</b> pasien mengatakan demam dan batuk berdahak sudah 3 hari, nyeri perut kanan bawah menjalar ke pinggang, nyeri terus menerus tak tertahankan.</p> <p><b>DO :</b> Pasien tampak lemas, gelisah dan meringis kesakitan TD : 160/100 mmHg, S : 38°C, RR : 20 x / mnit, N : 100 x / mnit</p>	Psikologis	Nyeri dan kenyamanan	D.0077	Nyeri akut
<p><b>DS :</b> Pasien mengatakan nafsu makan menurun, anggota gerak tubuh terasa lemas dan kekuatan otot menurun, mual dan muntah.</p>	Fisiologis	Nutrisi dan cairan	D.0037	Resiko ketidakseimbangan elektrolit

<p><b>DO</b> : Pasien tampak lemas, gelisah dan meringis kesakitanTD : 160/100 mmHg, S : 38°C, RR :20 x / mnit, N : 100 x / mnit</p>				
--	--	--	--	--

### 1. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
2. Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d muntah

### 3. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan / Luaran	Intervensi	Tindakan	Rasional
Nyeri akut (D.0077)	<p><b>TUK 2</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat control nyeri meningkat</p> <p><b>Luaran: (kontrol nyeri Kode: L.08063)</b></p> <p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melaporkan nyeri terkontrol</li> <li>2. Kemampuan mengenali onse</li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri</b></p> <p><b>Kode: I.08238</b></p>	<p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,ku alitas, intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>3. Ajarkan</li> </ol>	<p>1.dengan mengidentifikasi dapat membantu perawat unstuk berfokus pada penyebab nyeri dan manajemennya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. dengan mengetahui skala nyeri, klien dapat membantu untuk mengetahui tingkat nyeri klien</li> <li>3. Dengan mengidentifikasi respon nyeri non verbal, klien dapat mengetahui seberapa kuat nyeri yang</li> </ol>



	<p>t nyeri</p> <p>3. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis</p>		<p>tenik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>4. Jelaskan prosedur teknik napas dalam</p> <p>5. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri Kolaborasi pemberian analgesik.</p>	<p>dirasakan klien</p> <p>4. Pemberian teknik non farmakologis dapat membantu klien dalam mengurangi kecemasan akibat nyeri 6. pemberian analgetik dapat memblok nyeri pada susunan saraf pusat</p>
--	--	--	--	---

<p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit ( D.0037)</p>	<p><b>TUK 2</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan keseimbangan elektrolit meningkat</p> <p><b>Luaran:</b> <b>(keseimbangan elektrolit</b></p> <p><b>Kode: L.03021)</b></p> <p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Serum natrium</li> <li>2. Serum kalium</li> <li>3. Serum klorida</li> </ol>	<p><b>Pemantauan elektrolit ( I.03122 )</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit</li> <li>2. Monitor mual, muntah dan diare</li> <li>3. anjurkan klien untuk banyak minum</li> <li>4. kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat intravena</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dengan mengidentifikasi dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab nyeri dan manajemennya</li> <li>2. untuk mengetahui berapa banyak cairan yang masuk dan keluar</li> <li>3. banyak minum dapat menggantikan cairan yang keluar</li> <li>4. cairan intravena dapat menggantikan cairan dalam tubuh klien</li> </ol>
--	--	---	---	---

#### 4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Rabu /tgl	Diagnosa keperawatan	Waktu (jam )	Tindakan keperawatan
	<b>03/05/2021</b>	Nyeri akut (D.0077 )	<b>17.30</b>       <b>18.00</b>	1 .Observasi suhu tiap 4 jam 2. Anjurkan kompres hangat 3. anjurkan banyak minum air 4. mengajarkan pasien cara mengatasi nyeri (mis. Mendengar musik, terapi pijat dan kompres hangat / dingin )
2.	<b>03/05/2021</b>	Resiko ketidakseimbangan elektrolit ( D.0037)	<b>18.20</b>       <b>18.50</b>	1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan pada pasien

#### CATATAN PERKEMBANGAN

	Hari/Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan
1.	4 mei 2021 <b>10.20</b>	Nyeri akut (D.0077 )	<b>S:</b> pasien mengatakan masi merasa nyeri sedikit dan demam maupun batuk sudah berkurang.  <b>O:</b> TD : 140/90 mmHg,S : 37,8°C, RR :18 x / mnit, N : 98 x / mnit  <b>A:</b> Masalah teratasi sebagian  <b>P:</b> Pertahankan intervensi
2.	4 mei 2021 <b>09.50</b>	Nyeri akut (D.0077 )	<b>S:</b> Pasien mengatakan sudah tidak demam atau batuk juga redah/ membaik dan nyeri berkurang  <b>O:</b> TD : 120/90 mmHg,S : 36,7°C, RR :16 x / mnit, N : 90 x / mnit

			<p><b>A</b> : Masalah teratasi</p> <p><b>P</b>: Intervensi dihentikan.</p>
3.	5 mei 2021 <b>10.35</b>	Resiko ketidakseimbangan elektrolit ( D.0037)	<p><b>S</b>: Pasien mengatakan sudah makan sedikit tapi mual dan mulai bergerak di tempat tidur</p> <p><b>O</b>:TD : 140/90 mmHg, S : 37,8°C, RR :18 x / mnt, N : 98 x / mnt</p> <p><b>A</b>: Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P</b>: Pertahankan intervensi</p>
4.	5 mei 2021 <b>10.10</b>	Resiko ketidakseimbangan elektrolit ( D.0037)	<p><b>S</b>: Pasien mengatakan sering mual, muntah dan nafsu makan juga meningkat</p> <p><b>O</b>: TD : 120/90 mmHg,S : 36,7°C, RR :16 x / mnt, N : 90 x / mnt</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi</p> <p><b>P</b>: Intervensi dihentikan</p>

#### 5. EVALUASI KEPERAWATAN

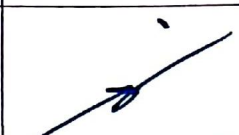
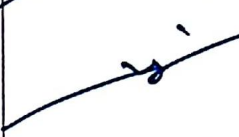



NO	DIAGNOSK KEPERAWATAN	TGL/JAM	EVALUASI
1.	Nyeri akut (D.0077 )	<b>03/05/2021</b> <b>17.40</b>	<p><b>S</b>: pasien mengatakan demam dan batuk sudah 3 hari dan nyeri di ulu hati.</p> <p><b>O</b>:TD : 160/100 mmHg,S : 38°C, RR : 20 x / mnt, N : 100 x / mnt</p> <p><b>A</b>: Masalah belum teratasi</p> <p><b>P</b>: Tingkatkan intervensi</p>
2.	Resiko ketidakseimbangan elektrolit ( D.0037)	<b>03/05/2021</b> <b>17.50</b>	<p><b>S</b>: Pasien mengatakan kurang nafsu makan, gerakan tubuh lemas mual dan muntah</p> <p><b>O</b>:TD : 160/100 mmHg,S : 38°C, RR :20 x / mnt, N : 100 x / mnt</p> <p><b>A</b>: Masalah belum teratasi</p>


	)		<b>P: Tingkatkan intervensi.</b>
--	---	--	----------------------------------

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi Bimbingan.

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN DOSEN**

Nama Mahasiswa : SEGIBERTUS RAINMA PATTY  
 NIM : PO530320118445  
 Jurusan : D-III Keperawatan  
 Pembimbing : Dominggos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,MSc  
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N.B Dengan Dispepsia

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	Rabu, 28 April 2021	Konsultasi pengambilan Judul KTI	
2	Rabu, 19 Mei 2021	Konsultasi BAB I, dan BAB II, dan Hasil kasus yang didapatkan.	
3	Kamis, 27 Mei 2021	Konsultasi Hasil revisi BAB I-BAB IV (perbaiki spasi cover, tambahkan format persetujuan dll, kata pengantar, menambahkan pada latarbelakang)	
4	Rabu, 02 Juni 2021	Konsultasi ulang hasil revisi dari BAB I-BAB IV, (jarak margin, perbaiki jarak spasi, perbaiki format persetujuan dan format pengesahan, perbaiki hasil pembahasan kurangi untuk kesimpulan dan sarannya.	
5	Jumat, 04 Juni 2021	Konsultasi perbaikan patway, ACC siap Ujian	

6	Jumat, 18 Juni 2021	Perbaikan tambahan setelah sidang, (ubah abstrak, ta,bahkan nama pembimbing)	
7	Jumat, 16 Juli 2021	Perbaikan cover, Abstrak, segera jilid.	