

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada hari Kamis, 22 Mei 2025 pukul 10.00 WITA dengan Gastritis dan pada pasien 2 pengkajian dilakukan pada hari Senin 26 Mei 2025 dengan Gastritis di Ruang Interna RSUD Waikabubak dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi pada klien.

a. Biodata Pasien

Tabel 4.1 Biodata Klien

No	Identitas	Pasien 1	Pasien 2
1.	Nama	Tn. Y. R.	Ny. Y. K.
2.	Umur	65 tahun	60 tahun
3.	Jenis Kelamin	Laki – laki	Perempuan
4.	Agama	Kristen Khatolik	Kristen Protestan
5.	Alamat	Dangga manu	Keretana
6.	Pendidikan	SD	SD
7.	Pekerjaan	Petani	Petani
8.	Diagnosa Medis	Gastritis	Gastritis
9.	Tgl Masuk RS	21-05-2025 Pukul 14.00	25-05-2025 Pukul 21.00
10.	Tanggal Pengkajian	22-05-2025 Pukul 10.00	26-05-2025 Pukul 09.00
11.	No Register	259xxx	227xxx

12.	Sumber Informasi	Pasien, RM dan Keluarga	Pasien, dan RM
-----	------------------	-------------------------	----------------

b. Riwayat Kesehatan

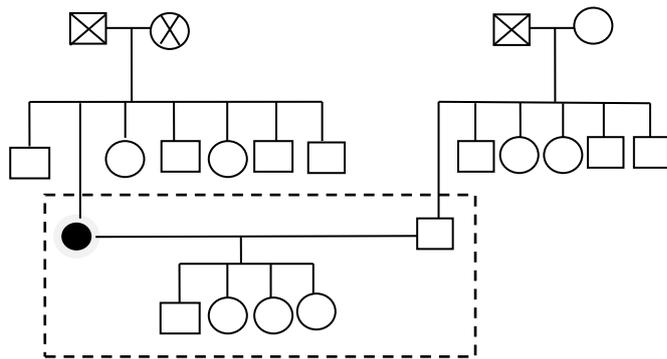
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan

No	Riwayat kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
1.	Keluhan Utama	Pasien mengatakan nyeri di ulu hati	Pasien mengatakan nyeri di ulu hati
2.	Riwayat Penyakit Sekarang	<p>Pada tanggal 21 mei 2025 Jam 12.00 pasien merasakan nyeri ulu hati pasien langsung ke RSUD Waikabubak, tiba di IGD RS pukul 14.00. Hasil pengkajian anamnese: pasien mengatakan ulu hati terasa sakit dan badan terasa lemas, penilaian nyeri P : pasien mengatakan ulu hati terasa nyeri saat bergerak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk R : pasien mengatakan nyeri di perut bagian atas, S : skala nyeri 8, T : nyeri terus menerus. Hasil pemeriksaan fisik: pasien terlihat meringis kesakitan dan lemas, mukosa bibir kering, hasil TTV, TD 138/95 mmHg, NADI 75x/menit, SUHU 36°C, Rr 20x/menit, Spo2 99%. Terapi: pemasangan infus cairan NaCl 20tpm, injeksi ketorola 30mg melalui selang infus. setelah dilakukan observasi Pasien dipindahkan ke Ruang Interna pukul 15.00 Wita. Pada hari rabu 22 Mei 2025</p>	<p>Pada tanggal 25 mei 2025 Wita sekitar Pukul 20.45 pasien merasakan nyeri ulu hati, muntah 6x dan sakit kepala, pasien langsung ke RSUD waikabubak, Tiba di IGD RS pukul 21,00. Hasil pengkajian anamnese: pasien mengatakan nyeri ulu hati, muntah, dan sakit kepala, penilaian nyeri P : pasien mangatakan ulu hati terasa nyeri saat dingin, Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk, R : pasien mengatakan nyeri di perut bagian atas, S : skala nyeri 7 , T : nyeri terus menerus. Hasil pemeriksaan fisik: pasien tampak meringis dan lemas, mukosa bibir kering, hasil TTV TD 165/81 mmHg, Nadi 107x/menit, RR 24x/menit, Suhu 36°C, Spo² 98%. Terapi: RL 12tpm, injeksi ranitidin 1 amp iv, injeksi Ondacentra 1 amp iv, injeksi omeprazole 1x40mg. setelah dilakukan observasi</p>

No	Riwayat kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
		<p>pukul 10.00 Wita dilakukan pengkajian anamnese: pasien mengatakan ulu hati terasa sakit, terutama saat bergerak, P : pasien mengatakan ulu hati terasa nyeri saat bergerak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk, R : pasien mengatakan nyeri di perut bagian atas, S : skala nyeri 6, T : nyeri hilang timbul tetapi sering muncul. Hasil pemeriksaan fisik : pasien tampak meringis dan lemas, TTV didapatkan TD : 125/95 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit, SpO2 98% dan Suhu 36,0°C. Terapi cairan infus NaCl 20tpm, omeprazole sodium 40 mg dan antasida doen 3x1.tablet (sebelummakan)</p>	<p>kemudian pasien dipindahkan ke Ruang Interna pukul 23.00 wita. Pada hari selasa 26 Mei 2025 pukul 09.00 Wita dilakukan pengkajian anamnese: pasien megatakan ulu hati terasa sakit saat merasa dingin, P : pasien megatakan ulu hati terasa nyeri saat dingin, Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk, R : pasien nyeri di perut bagian atas, S : skala nyeri 5, T : nyeri hilang timbul. Hasil pemeriksaan fisik : pasien tampak meringis dan pucat, TTV TD : 155/80 mmHg, Nadi : 77 x/menit, RR : 21 x/menit, SpO2 99% dan Suhu 36,9°C. Pasien terpasang cairan infus RL 12tpm, injeksi cotrimoxazole 2x 960 mg, injeksi omeprazole 1x 40 mg, sucralfat 3x 1tablet.</p>
3.	Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit dahulu	Pasien mengatakan 5 bulan yang mengalami hipertensi
4.	Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga	Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga
5.	Keadaan Umum	Pasien tampak lemas dan , mukosa bibir kering	Pasien tampak lemas dan pucat, dan mukosa bibir kering

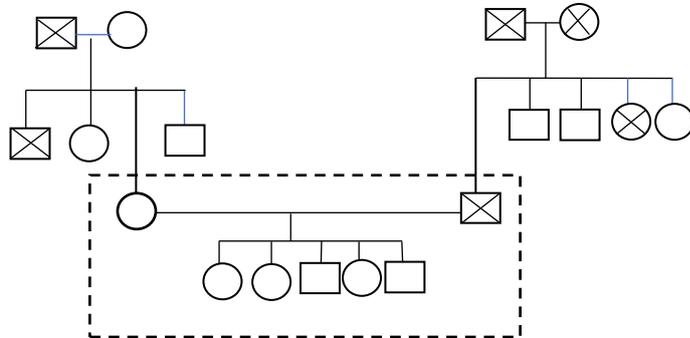
1. Genogram

Pasien 1



Bagan 4.1 Genogram pasien 1

Pasien 2



Bagan 4.1 Genogram pasien 2

Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Pasien
- | : Garis keturunan
- : Garis perkawinan
- - - : Garis tinggal serumah
- × : Meninggal

c. Riwayat Keperawatan

Tabel 4.3 Riwayat Keperawatan

No	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1.	Pola Penatalaksanaan Kesehatan-Persepsi Sehat	Pasien mengatakan sedikit memahami tentang pola hidup sehat	Pasien mengatakan sedikit memahami tentang pola hidup sehat dan berkunjung dirumah sakit apabila merasa sakit
2.	Pola Nutrisi-Metabolisme (Di rumah Dan RS)	<p>Di rumah: Pasien mengatakan di rumah makan 2x sehari, 1 porsi di tidak dihabiskan, jenis makanan yang dimakan: nasi, sayur, telur, ikan,daging, , nafsu makan baik, minum ± 5-6 gelas sehari dan ada pantangan makanan atau minum Masalah keperawatan: dari data di atas terdapat masalah</p>	<p>Di rumah: Pasien mengatakan di rumah makan 3x sehari, 1 porsi tidak dihabiskan, jenis makanan yang dimakan:bubur, sayur, telur, ikan, nafsu makan baik, minum ± 4-5 gelas dan ada pantangan makanan atau minum Masalah keperawatan: dari data di atas terdapat masalah</p>
		<p>Di rumah sakit : Sejak di rumah sakit pasien makan 3x sehari dengan 1 porsi dihabiskan, dan minum ±4-5 gelas saja Masalah keperawatan: dari data di atas terdapat masalah keperawatan</p>	<p>Di rumah sakit : Sejak di rumah sakit pasien makan 3x sehari dengan 1 porsi dihabiskan, dan sering minum ± 3 gelas Masalah keperawatan: dari data di atas terdapat masalah kesehatan</p>
3.	Pola Eliminasi Urin (Di rumah Dan RS)	<p>Di rumah: pasien mengatakan BAK ±6 kali sehari, berwarna kuning jernih, bau khas amoniak tidak ada keluhan saat berkemih Masalah keperawatan: dari data di atas terdapat masalah keperawatan</p>	<p>Di rumah: pasien mengatakan BAK 5 kali sehari, berwarna kuning jernih, bau khas amoniak dan tidak ada keluhan saat berkemih Masalah keperawatan: dari data di atas tidak terdapat masalah</p>
		<p>Di rumah sakit : Pasien mengatakan BAK 3-4 x sehari, berwarna</p>	<p>Di rumah sakit : pasien mengatakan BAK 4 kali, berwarna</p>

No	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
		<p>kuning jernih, bau khas amoniak, pada saat kencing tidak ada masalah saat berkemih dan pasien tidak menggunakan kateter</p> <p>Masalah keperawatan: dari data di atas tidak terdapat masalah</p>	<p>kuning jernih, bau khas amoniak, tidak ada masalah saat berkemih dan tidak menggunakan kateter</p> <p>Masalah keperawatan: dari data di atas tidak terdapat masalah</p>
4.	Pola Eliminasi Alvi (Di rumah Dan RS)	<p>Di rumah: pasien mengatakan BAB 2 kali sehari, berwarna kuning kecoklatan, tekstur sedikit keras dan bau khas feses</p> <p>Masalah keperawatan: dari data di atas terdapat masalah keperawatan</p>	<p>Di rumah: Pasien mengatakan BAB 3 kali sehari, berwarna kuning kecoklatan, tekstur padat dan bau khas feses</p> <p>Masalah keperawatan: dari data di atas tidak terdapat masalah</p>
		<p>Di rumah sakit : pasien mengatakan BAB 1 kali, konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, bau khas feses</p> <p>Masalah keperawatan: dari data di atas terdapat masalah keperawatan</p>	<p>Di rumah sakit : pasien mengatakan BAB 1-2 kali, konsistensi sedikit encer, berwarna kuning kecoklatan, bau khas feses</p> <p>Masalah keperawatan: dari data di atas tidak terdapat masalah</p>
5.	Pola Aktifitas (Di rumah Dan RS)	<p>Di rumah: Pasien mengatakan dirumah selalu melakukan aktivitas berkebun, pasien melakukan secara mandiri baik makan, ke toilet, mandi dan berpakaian.</p> <p>Masalah keperawatan: dari data diatas tidak terdapat masalah</p>	<p>Di rumah: Pasien mengatakan di rumah selalu melakukan aktivitas berkebun, pasien melakukan aktivitas sehari-hari di rumah tidak dibantu. Pasien melakukan secara mandiri tanpa bantuan baik makan, ke toilet, mandi dan berpakaian</p> <p>Masalah keperawatan: dari data diatas tidak terdapat masalah.</p>

No	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
		<p>Di rumah sakit : Pasien mengatakan saat sakit sering dibantu oleh orang lain tetapi saat makan, mandi, ke toilet dan berpakaian masih mampu melakukan sendiri Masalah keperawatan: dari data di atas tidak terdapat masalah</p>	<p>Di rumah sakit : Pasien mengatakan saat sakit sering di bantu oleh orang lain tetapi saat makan, mandi, ke toilet dan berpakaian masih mampu melakukan sendiri Masalah keperawatan: dari data diatas tidak terdapat masalah</p>
6.	Pola Istirahat (Di rumah Dan RS)	<p>Di rumah: Pasien mengatakan tidur siang pukul 12.00-14,00 wita, dan jam tidur malam pukul 21.00-05.00 wita, kualitas tidur nyenyak frekuensi 7-8 jam Masalah keperawatan: dari , ata diatas terdapat masalah keperawatan</p>	<p>Di rumah: Pasien mengatakan tidur siang pukul 12.00-13.00 wita (jarang tidur siang) dan jam tidur malam pukul 22.00-06, kualitas tidur: nyenyak, frekuensi 6-8 jam Masalah keperawatan: dari data di atas tidak terdapat masalah</p>
		<p>Di rumah sakit : Pasien mengatakan sejak dirumah sakit jarang tidur karena ulu hati terasa nyeri. Masalah keperawatan: dari data diatas terdapat masalah</p>	<p>Di rumah sakit : Pasien mengatakan sejak dirumah sakit kualitas tidurnya menjadi terjaga Masalah keperawatan: dari data diatas tidak terdapat masalah</p>
7.	Pola Kognitif-Perseptual	Penglihatan pasien normal, kemampuan dalam berbahasa baik dan daya ingat baik	Penglihatan pasien normal, kemampuan dalam berbahasa baik dan daya ingat baik
8.	Pola Persepsi Diri-Konsep Diri	<p>Gambaran diri: Pasien mengatakan sejak sakit tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitas selalu di bantu oleh keluarga dan orang-orang terdekat</p>	<p>Gambaran diri: Pasien mengatakan sejak sakit tidak tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri dan aktivitas selalu di bantu oleh anak. Ideal diri:</p>

No	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
		<p>Ideal diri: Pasien mengatakan semoga dengan mendapatkan pertolongan dari RS kondisinya cepat pulih agar dapat beraktivitas seperti biasanya dan bisa bertemu dengan anaknya</p> <p>Identitas diri: Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah ibu rumah tangga.</p> <p>Persepsi terhadap kemampuan: Pasien mengatakan mampu mengambil keputusan dan terkadang harus berkomunikasi dengan suaminya jika ada masalah dalam mengambil sebuah keputusan</p> <p>Emosional: Pasien mengatakan mampu mengontrol emosi, dan ketika sedang emosi pasien lebih memilih untuk pergi berkebun agar pasien bisa menenangkan emosi atau stres yang dipikirkannya.</p>	<p>Pasien dan keluarga mengatakan semoga pasien cepat pulih agar dapat beraktivitas seperti biasanya</p> <p>Identitas diri: Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah ibu rumah tangga</p> <p>Persepsi terhadap kemampuan: Pasien mengatakan mampu mengambil keputusan</p> <p>Emosional: Pasien mengatakan mampu mengontrol emosi, dan kalau emosi pasien lebih memilih jalan-jalan untuk menenangkan dirinya</p>
9.	Pola Peran Dan Hubungan	<p>Di rumah: Pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan sekitar serta memiliki peran dan tanggung jawab di rumah namun saat sakit perannya di gantikan oleh suaminya.</p> <p>Di rumah sakit : Pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan sekitar hubungan dengan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya baik-baik saja.</p>	<p>Di rumah: Pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan sekitar serta memiliki peran dan tanggung jawab di rumah namun</p> <p>Di rumah sakit : Pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan sekitar hubungan dengan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya baik-baik saja</p>

No	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
10.	Pola Seksual-Reproduksi	Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam sistem reproduksi. Pasien sudah menikah dan memiliki 4 orang anak	Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam sistem reproduksi. Pasien sudah menikah dan memiliki 5 orang anak
11.	Pola Koping-Toleransi Stres	Pasien mengatakan apabila stres pasien lebih memilih untuk melakukan pekerjaan berkebun	Pasien mengatakan apabila dirinya stres, pasien lebih memilih untuk pergi jalan-jalan.
12.	Pola Nilai-Keyakinan	Pasien beragama kristen khatolik, rajin ke gereja dan sering melakukan ibadah bersama keluarga di rumah	Pasien beragama kristen protestan, rajin ke gereja

d. Hasil Pemeriksaan Per Sistem (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi)

Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Fisik

No	Observasi	Pasien 1	Pasien 2
	Tabel		
1.	Tanda-tanda vital Tekanan darah Nadi Suhu Respiratoryrate SpO ²	:125/95 mmHg : 80 x/menit : 36,0°C : 20 x/menit : SpO ₂ 98%	: 155/80 mmHg : 77 x/menit : 36,9°C. : 21 x/menit, : SpO ₂ 99%
2.	Sistem Pernapasan	Inspeksi: Bentuk dada simetris. Palpasi: tidak ada benjolan dan lesi saat di palpasi Perkusi: sonor Auskultasi: suara napas vesikuler	Inspeksi: Bentuk dada simetris. Palpasi: tidak ada benjolan dan lesi saat di palpasi Perkusi: sonor Auskultasi: suara napas vesikuler

3.	Sistem Peredaran Darah Dan Sirkulasi	<p>Inspeksi: bentuk dada simetris, adanya tarikan dinding dada, tidak ada kelainan didada, dan tidak ada oedema</p> <p>Palpasi: tidak ada kelainan atau lesi pada kulit, tidak ada nyeri tekan, frekuensi nadi 80x/menit, tekanan darah 125/95 mmHg</p> <p>Perkusi: pekak</p> <p>Auskultasi: suara jantung S1 S2 tunggal, tidak ada suara tambahan</p>	<p>Inspeksi: bentuk dada simetris, adanya tarikan dinding dada, tidak ada kelainan didada, dan tidak ada oedema</p> <p>Palpasi: tidak ada kelainan atau lesi pada kulit, tidak ada nyeri tekan, frekuensi nadi 77x/menit, irama teratur, tekanan darah 155/80 mmHg</p> <p>Perkusi: pekak</p> <p>Auskultasi: suara jantung S1 S2 tunggal, tidak ada suara tambahan</p>
4.	Sistem Persyarafan	<p>Pemeriksaan GCS: E4, V5, M6</p> <p>Eye: Membuka mata dengan spontan, pupil reflek terhadap cahaya</p> <p>Verbal: Berorientasi dengan baik</p> <p>Motorik: Mengikuti perintah</p>	<p>Pemeriksaan GCS: E4, V5, M6</p> <p>Eye: Membuka mata dengan spontan, pupil reflek terhadap cahaya</p> <p>Verbal: Berorientasi dengan baik</p> <p>Motorik: Mengikuti perintah</p>
5.	Sistem Pencernaan	<p>Inspeksi: tidak terlihat adanya benjolan, abdomen datar dan tidak ada pembesaran hepar</p> <p>Palpasi: Tidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi: Perut tidak kembung</p> <p>Auskultasi: Bising usus 12x/menit</p>	<p>Inspeksi: tidak terlihat adanya benjolan, abdomen datar dan tidak ada pembesaran hepar</p> <p>Palpasi: Tidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi: Perut tidak kembung</p> <p>Auskultasi: Bising usus 15x/menit</p>
6.	Sistem Perkemihan	<p>Jumlah: 500cc</p> <p>Warna: kuning jernih</p> <p>Bau: bau khas amoniak</p> <p>Frekuensi: 3-4x/hari</p>	<p>Jumlah: 600cc</p> <p>Warna: kuning jernih</p> <p>Bau: bau khas amoniak</p> <p>Frekuensi: 4-5x/hari</p>
7.	Sistem Reproduksi	<p>Pasien berjenis laki-laki, tidak dilakukan pemeriksaan pada alat reproduksi karena tidak ditemukan masalah, pasien berusia 54</p>	<p>Pasien berjenis kelamin laki-laki, tidak dilakukan pemeriksaan pada alat reproduksi karena tidak ditemukan masalah, pasien</p>

		tahun	berusia 55 tahun
8.	Sistem Endokrin	Inspeksi: Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid Palpasi: Tidak ada nyeri tekan saat menelan	Inspeksi: Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid Palpasi: Tidak ada nyeri tekan saat menelan
9.	Sistem Muskuloskeletal	$\frac{5}{5} \frac{5}{5}$ Bentuk dan ukuran muskuloskeletal sama Kekuatan otot: Keterangan: 0: tidak ada kontraksi otot sama sekali 5: Seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal/normal ROM pasif/gerakan atau aktivitas dibantu keluarga	$\frac{5}{5} \frac{5}{5}$ Bentuk dan ukuran muskuloskeletal sama Kekuatan otot: Keterangan: 0: tidak ada kontraksi otot sama sekali 5: Seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal/normal ROM pasif/gerakan atau aktivitas dibantu keluarga
10.	Sistem Integumen	Warna kulit sawo matang Turgor kulit elastis Mukosa kulit lembab Tidak ada oedema pada tubuh pasien Tidak ada kelainan pada kulit pasien	Warna kulit sawo matang Turgor kulit elastis Mukosa kulit lembab Tidak ada oedema pada tubuh pasien Tidak ada kelainan pada kulit pasien
11.	Sistem Panca Indra		
	Mata		
	Jumlah	2 Bola mata	2 Bola mata
	Bentuk	Simetris	Simetris
	Posisi	Sejajar	Sejajar
	Pupil	Isokor	Isokor
	Konjungtiva	Berwarna merah muda	Berwarna merah muda
	Sklera	Berwarna putih	Berwarna putih
	kotoran	Tidak terdapat kotoran pada mata	Tidak terdapat kotoran pada mata

	Penglihatan	Kemampuan melihat baik, tidak menggunakan kacamata	Kemampuan melihat baik, tidak menggunakan kacamata
Telinga			
	Bentuk	Simetris	Simetris
	Jumlah	Ada 2 pohon telinga	Ada 2 pohon telinga
	Ukuran	Normal	Normal
	Kebersihan	Telinga tampak bersih dan tidak ada serumen	Telinga tampak bersih dan tidak ada serumen
	Menggunakan alat bantu	Pasien masih bisa mendengar dengan baik tidak menggunakan alat bantu pendengaran	Pasien masih bisa mendengar dengan baik tidak menggunakan alat bantu pendengaran
Lidah dan Mulut			
	Bentuk	Simetris	Simetris
	Kemampuan merasa	Pasien mampu membedakan rasa manis, asam, asin, dan pahit	Pasien mampu membedakan rasa manis, asam, asin, dan pahit
	Kebersihan	Mulut pasien tampak bersih	Mulut pasien tampak bersih
	Kelainan	Tidak ada kelainan pada mulut	Tidak ada kelainan pada mulut
Perabaan			
	Reflek terhadap stimulus	Pasien masih refleks terhadap stimulus panas, dingin, tajam dan tumpul	Pasien masih refleks terhadap stimulus panas, dingin, tajam dan tumpul
Hidung			
	Bentuk	Simetris, pernapasan cuping hidung dan penggunaan otot bantu napas	Simetris, pernapasan cuping hidung dan penggunaan otot bantu napas
	Jumlah	Memiliki 2 lubang hidung	
	Kotoran	Hidung pasien tampak bersih dan tidak ada kotoran	Hidung pasien tampak bersih dan tidak ada kotoran
	Kelainan	Tidak ada kelainan pada hidung	Tidak ada kelainan pada hidung

e. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien 1 dan Pasien 2

Jenis pemeriksaan	Pasien 1 (08-04-2025)	Pasien 2 (08-04-2025)	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI				
Darah lengkap				
Hemoglobine (Hb)	13.4	10.3	g/dl	13,0-16,0
Hematokrit (HCT)	43.3	29.6	%	45-55
Jumlah Eritrosit (RCB)	5.07	4,62	10 ⁶ /ul	4,5-5-5
Jumlah Leukosite (WBC)	6.5	23.5	10 ³ /ul	4,0-10,0
Jumlah trombosit	207	215	10 ³ /ul	150-400
Indeks Eritrosit				
MCV	79.4	64.0	fl	76-90
MCH	26.4	22.4	pg	27-90
MCHC	33.3	34.9	g/dl	32-36
RDWcv	13.3	14.6	%	11-16
RDWsd	61,1	49.4	fl	39-46
Absolute Limphocyte				
(ACL)	1.800	1.600		<1.500
Neutrophil-Limphocyte				
Ratio (NLR)	2,5	13.3		>3,13
TT Malaria	-/negatif	-		negatif

Sumber : Laboratorium RSUD Waikabubak 2025

f. Terapi Medis

Tabel 4.6 Terapi Medis

Pasien 1				Pasien 2			
Nama	Dosis	Rute	Fungsi	Nama	Dosis	Rute	Fungsi
NaCl	20 TPM	IV	Obat ini digunakan untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang	RL	12 TPM	IV	Obat ini digunakan untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang
Ketorolac	30 mg	IV	Obat ini digunakan untuk mengatasi nyeri	Ranitidin	1 Ampul	IV	Obat ini digunakan untuk mengobati gejala akibat produksi lambung asam lambung berlebih
Omeprazole	2x20 mg	IV	Obat ini digunakan untuk mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung, penyakit refluks, atau kondisi lain yang menyebabkan asam lambung berlebih	Ketorolac	30 mg	IV	Obat ini digunakan untuk mengatasi nyeri
Sucralfat	1x32 mg	Oral	Obat ini digunakan untuk mengobati tukak lambung	Ondansetron	4 mg	IV	Obat ini digunakan untuk mencegah mual muntah
Antasida Doen	1x10mg	oral	Obat ini digunakan untuk mengurangi nyeri lambung yang disebabkan oleh kelebihan asam lambung, gastritis, ulkus gastritis dan ulkus	Amlodipin	1x10mg	oral	Obat ini digunakan untuk pengobatan tekanan darah tinggi dan penyakit arteri koroner

			duodenal dengan gejala seperti mual dan perih				
Paracetamol	3x500 mg	Oral	Obat ini digunakan untuk meredakan sakit kepala, nyeri ringan hingga sedang serta demam	Omeprazole		IV	Obat ini digunakan untuk mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung, penyakit refluks, atau kondisi lain yang menyebabkan asam lambung berlebih
Levofloxacin		Oral	Obat ini digunakan untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri	Sucralfat			Obat ini digunakan untuk mengobati tukak lambung

g. Pengelompokan Data

Tabel 4.7 Pengelompokan Data

Pasien 1	Pasien 2
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan uluh hati terasa nyeri pusing, lemas, mual dan sulit tidur. 2. Pengkajian nyeri : P : Nyeri bertambah saat bergerak Q : Nyeri tertusuk-tusuk R : Nyeri pada perut bagian atas S : Skala nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul tetapi sering muncul	Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan nyeri nyeri pada uluh hati pusing, lemas, mual dan sulit tidur. 2. Pasien mengatakan pusing 3. Pengkajian nyeri : P : Nyeri bertambah saat dingin Q : Nyeri tertusuk-tusuk R : Nyeri pada perut bagian atas S : Skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul
Data Objektif : 1. Pasien tampak meringis 2. Pasien tampak lemas 3. Hasil pemeriksaan TTV TD : 125/95 mmHg Nadi : 80 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,0°C SpO2 : 98%	Data Objektif : 1. Pasien tampak meringis 2. Pasien tampak pucat 3. Hasil pemeriksaan TTV : TD : 155/80 mmHg Nadi : 77x/menit RR : 21 x/menit Suhu : 36,9°C SpO2 : 99%

h. Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
Pasien 1		
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan uluh hati terasa nyeri, pusing, lemas, mual dan sulit tidur 2. Pengkajian nyeri : P : Nyeri bertambah saat bergerak Q : Nyeri tertusuk-tusuk R : Nyeri pada perut bagian atas S : Skala nyeri 6	Agen pencedera fisiologis	Nyeri Akut

Data	Etiologi	Masalah
<p>T : Nyeri hilang timbul tetapi sering muncul</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. Pasien tampak lemas 3. Hasil pemeriksaan TTV <p>TD : 125/95 mmHg Nadi : 80 x/menit RR : 20 xmenit Suhu : 36,0°C SpO2 : 98%</p>		
Pasien 2		
<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri nyeri pada uluh hati pusing, lemas, mual dan sulit tidur. 2. Pengkajian nyeri : P : Nyeri bertambah saat dingin Q : Nyeri tertusuk-tusuk R : Nyeri pada perut bagian atas S : Skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. Pasien tampak pucat 3. Hasil pemeriksaan TTV : <p>TD : 155/80 mmHg Nadi : 77x/menit RR : 21 x/menit Suhu : 36,9°C SpO² : 99%</p>	<p>Agen pencedera fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut</p>

2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Pasien 1	Diagnosa Pasien 2
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.10 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan KH	Intervensi
Pasien 1			
1	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x...dalam 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Kesulitan tidur menurun 3. Tekanan darah membaik	Observasi: 1. lokasi, karaktersitik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi otot progresif) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan KH	Intervensi
			<p data-bbox="1086 380 1321 454">pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p data-bbox="1026 459 1145 488">Edukasi:</p> <p data-bbox="1038 492 1449 566">14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p data-bbox="1038 571 1305 645">15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p data-bbox="1038 649 1361 723">16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p data-bbox="1038 728 1297 857">17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p data-bbox="1038 862 1329 992">18. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p data-bbox="1038 996 1201 1025">Kolaborasi:</p> <p data-bbox="1038 1030 1377 1104">19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>

Pasien 2		
1.	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x...dalam 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Keluhan nyeri menurun Kesulitan tidur menurun Tekanan darah membaik</p> <p>Observasi: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik: Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi otot progresif) kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi: Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam/Wita	Tindakan	Respon
Pasien 1				
Tanggal 22 mei 2025				
Hari ke-1	Nyeri akut	Pukul 09.30 Wita	Observasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (sebelum melakukan terapi)	Pasien mengatakan nyeri pada uluh hati P : nyeri bertambah saat bergerak Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul tetapi sering muncul
		Pukul 09.35 Wita	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (sesudah melakukan terapi)	Pasien mengatakan nyeri pada uluh hati P : nyeri bertambah saat bergerak Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul tetapi sering muncul
		Pukul 09.36 Wita	3. Mengidentifikasi skala nyeri	Dinilai menggunakan penilaian deskriptif : Pasien mengatakan tingkat nyeri berada di angka 6 (nyeri sedang)

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam/Wita	Tindakan	Respon
		Pukul 09.37 Wita	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak dan nyeri berkurang apabila pasien tidur
		Pukul 09.37 Wita	5. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan karena penyakit gastritis(asam lambung)
		Pukul 09.40 Wita	6. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	Pasien mengatakan nyeri uluh hati memperlambat aktivitasnya
		Pukul 09.41 Wita	7. Mengukur TTV	Hasil pemeriksaan TTV TD : 125/75 mmHg Nadi : 79 x/menit RR : 20 xmenit Suhu : 36,0°C SpO2 : 96%
		Pukul 09.41 Wita	Terapeutik 8. Mengajarkan teknik relaksasi otot progresif	Pasien dapat melakukan teknik relaksasi otot progresif
		Pukul 09.50 Wita	Edukasi 10. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Menjelaskan penyebab, periode,	Pasien tampak memperhatikan penjelasan yang diberikan

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam/Wita	Tindakan	Respon
			dan pemicu nyeri	
		Pukul 09.55 Wita	11. Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Menjelaskan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi otot progresif apabila merasa nyeri uluh hati
		Pukul 09.56 Wita	12. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Pasien bersedia mencatat tingkat nyeri setia saat merasakan nyeri
		Pukul 09.57 Wita	13. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Pasien dapat melakukan teknik relaksasi otot progresif yang telah diajarkan
Hari ke-2	Nyeri akut	Pukul 10.00 Wita	Observasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (sebelum melakukan terapi)	Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati sudah mulai berkurang tapi masih terganggu P : nyeri sudah mulai berkurang Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul tetapi sering muncul
		Pukul 10.05 Wita	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,	Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam/Wita	Tindakan	Respon
			durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (sesudah melakukan terapi)	atas sudah mulai berkurang tapi masih terganggu P : nyeri sudah mulai berkurang Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 3 T : Nyeri hilang timbul
		Pukul 10.10 Wita	3. Mengidentifikasi skala nyeri	Dinilai menggunakan penilaian deskriptif : Pasien mengatakan tingkat nyeri berada di angka 5 (nyeri sedang)
		Pukul 10.10 Wita	4. Mengukur TTV	Hasil pemeriksaan TTV TD : 125/75 mmHg Nadi : 79 x/menit RR : 20 xmenit Suhu : 36,0°C SpO2 : 96%
		Pukul 10.10 Wita	Terapeutik 5. Mengajarkan teknik relaksasi otot progresif	Pasien dapat melakukan teknik relaksasi otot progresif
			Edukasi 6. Menjelaskan penyebab, periode,	Pasien tampak memperhatikan penjelasan yang

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam/Wita	Tindakan	Respon
			dan pemicu nyeri Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	diberikan
		Pukul 10.10 Wita	7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Menjelaskan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi otot progresif apabila merasa nyeri ulu hati
Hari ke-3	Nyeri akut	Pukul 10.15 Wita	Observasi 8. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (sebelum melakukam terapi)	Pasien mengatakan nyeri pada uluh hati sudah mulai berkurang tapi masih terganggu P : nyeri berkurang Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 3 T : Nyeri hilang timbul tetapi sering muncul
		Pukul 10.15 Wita	9. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (sesudah melakukam terapi)	Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati sudah mulai berkurang P : nyeri berkurang Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam/Wita	Tindakan	Respon
				S : skala nyeri 2 T : Nyeri sudah jarang muncul
		Pukul 10.20 Wita	10. Mengidentifikasi skala nyeri	Dinilai menggunakan penilaian deskriptif : Pasien mengatakan tingkat nyeri berada di angka 3 (nyeri ringan)
			11. Mengukur TTV	Hasil pemeriksaan TTV TD : 125/70 mmHg Nadi : 77 x/menit RR : 20 xmenit Suhu : 36,1°C SpO ² : 95%
		Pukul 10.22 Wita	Terapeutik 12. Mengajarkan teknik relaksasi otot prgogresif	Pasien dapat melakukan teknik relaksasi otot progresif
		Pukul 10.22 Wita	Edukasi 13. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Pasien tampak memperhatikan penjelasan yang diberikan
		Pukul 10.35 Wita	14. Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Menjelaskan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi otot progresif

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam/Wita	Tindakan	Respon
				apabila merasa nyeri ulu hati
Pasien 2				
Hari ke-1	Nyeri akut	Pukul 09.00 wita	Observasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (sebelum melakukan terapi)	Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati yang dirasakan sejak 1 minggu yang lalu P : nyeri bertambah saat dingin Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 7 T : Nyeri hilang timbul
		Pukul 09.05 wita	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (sesudah melakukan terapi)	Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati yang dirasakan sejak 1 minggu yang lalu P : nyeri bertambah saat dingin Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul
		Pukul 09.10 wita	3. Mengidentifikasi skala nyeri	Dinilai menggunakan penilaian deskriptif : Pasien mengatakan tingkat nyeri berada di

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam/Wita	Tindakan	Respon
				angka 5 (nyeri sedang)
		Pukul 09.12 wita	4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien tampak meringis menahan nyeri
		Pukul 09.15 wita	5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat dingin dan nyeri berkurang apabila pasien tidur
			6. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan karena penyakit gastritis (asam lambung)
			7. Mengukur TTV	Hasil pemeriksaan TTV TD : 163/81mmHg Nadi : 107 x/menit RR : 21 xmenit Suhu : 36,0°C SpO2 : 98%
		Pukul 09.23 wita	Terapeutik 8. Mengajarkan teknik relaksasi otot progresif	Pasien dapat melakukan teknik relaksasi otot progresif
		Pukul 09.25 wita	Edukasi 9. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Pasien tampak memperhatikan penjelasan yang diberikan
		Pukul 09.30 wita	10. Menjelaskan strategi	Menjelaskan kepada

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam/Wita	Tindakan	Respon
			meredakan nyeri	pasien untuk melakukan teknik relaksasi otot progresif apabila merasa nyeri ulu hati
		Pukul 09.35 wita	11. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Pasien bersedia mencatat tingkat nyeri setia saat merasakan nyeri
		Pukul 09.40 wita	12. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Pasien dapat melakukan teknik relaksasi otot progresif yang telah diajarkan
Hari ke-2	Nyeri akut	Pukul 10.00 Wita	Observasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (sebelum melakukan terapi)	Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati yang dirasakan sejak 1 minggu yang lalu P : nyeri bertambah dingin Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul
		Pukul 10.05 Wita	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati sudah mulai berkurang setelah melakukan teknik relaksasi otot

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam/Wita	Tindakan	Respon
			(sebelum melakukan terapi)	progresif P : nyeri mulai berkurang Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 3 T : Nyeri hilang timbul
		Pukul 10.10 Wita	3. Mengidentifikasi skala nyeri	Dinilai menggunakan penilaian deskriptif : Pasien mengatakan tingkat nyeri berada di angka 5 (nyeri sedang)
			4. Mengukur TTV	Hasil pemeriksaan TTV TD : 155/90mmHg Nadi : 90 x/menit RR : 21 xmenit Suhu : 36,5°C SpO ² : 95%
		Pukul 10.10 Wita	Terapeutik 5. Mengajarkan teknik relaksasi otot progresif	Pasien dapat melakukan teknik relaksasi otot progresif
		Pukul 10.12 Wita	Edukasi 6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Menjelaskan penyebab, periode,	Pasien tampak memperhatikan penjelasan yang diberikan

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam/Wita	Tindakan	Respon
			dan pemicu nyeri	
		Pukul 10.20 Wita	7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Menjelaskan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi otot progresif apabila merasa nyeri ulu hati
Hari ke-3	Nyeri akut	Pukul 10.15 Wita	Observasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (sebelum melakukan terapi)	Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati sudah mulai berkurang P : nyeri berkurang Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 3 T : Nyeri hilang timbul
		Pukul 10.15 Wita	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (sesudah melakukan terapi)	Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati sudah berkurang setelah melakukan teknik relaksasi otot progresif P : nyeri berkurang Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 2 T : Nyeri sudah jarang muncul
		Pukul 10.20 Wita	3. Mengidentifikasi	Dinilai menggunakan

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam/Wita	Tindakan	Respon
			skala nyeri	penilaian deskriptif : Pasien mengatakan tingkat nyeri berada di angka 3 (nyeri ringan)
			4. Mengukur TTV	Hasil pemeriksaan TTV TD : 130/80mmHg Nadi : 77 x/menit RR : 20 xmenit Suhu : 36°C SpO2 : 95%
		Pukul 10.22 Wita	Terapeutik 5. Mengajarkan teknik relaksasi otot progresif	Pasien dapat melakukan teknik relaksasi otot progresif
			Edukasi 6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Pasien tampak memperhatikan penjelasan yang diberikan
		Pukul 10.22 Wita	7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Menjelaskan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi otot progresif apabila merasa nyeri ulu hati

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Jam	Hari I	Jam	Hari II	Jam	Hari III
Pasien 1						
Nyeri akut	10.20	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati Pasien mengatakan nyeri ulu hati memperlambat aktivitasnya Pengkajian nyeri : <p>P : nyeri bertambah saat bergerak</p> <p>Q : nyeri tertusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri pada perut bagian atas</p> <p>S : skala nyeri 6</p> <p>T : Nyeri hilang timbul tetapi sering muncul</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak meringis Pasien tampak lemas Hasil pemeriksaan TTV TD : 125/90 mmHg Nadi : 73 x/menit RR : 20 xmenit Suhu : 36,0°C SpO2 : 98% <p>A : Masalah belum teratasi</p>	10.30	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati mulai berkurang setelah melakukan teknik relaksasi otot progresif Pengkajian nyeri : <p>P : nyeri bertambah saat bergerak</p> <p>Q : nyeri tertusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri pada perut bagian atas</p> <p>S : skala nyeri 4</p> <p>T : Nyeri hilang timbul tetapi sering muncul</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Meringis berkurang Pasien mulai tampak membaik Hasil pemeriksaan TTV : TD : 125/85 mmHg Nadi : 77 x/menit RR : 20 xmenit 	10.40	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati sudah berkurang tidak mengganggu lagi setelah melakukan teknik relaksasi otot progresif Pengkajian nyeri : <p>P : nyeri berkurang</p> <p>Q : nyeri tertusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri pada perut bagian atas</p> <p>S : skala nyeri 2</p> <p>T : Nyeri sudah jarang muncul</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak rileks Hasil pemeriksaan TTV TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 x/menit RR : 20 xmenit Suhu : 36,1°C SpO2 : 99% <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

Diagnosa	Jam	Hari I	Jam	Hari II	Jam	Hari III
		P : Intervensi dilanjutkan		Suhu : 36,1°C SpO2 : 97% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan		
Pasien 2						
Nyeri akut		S : 1. Pasien mengatakan nyeri nyeri pada ulu hati 2. Pasien mengatakan pusing 3. Pengkajian nyeri : P : nyeri bertambah saat dingin Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul O : 1. Pasien tampak meringis 2. Pasien tampak pucat 3. Hasil pemeriksaan TTV : TD : 145/80 mmHg Nadi : 77x/menit RR : 21 x/menit Suhu : 36,9°C SpO2 : 99%		S : 1. Mengatakan nyeri pada ulu hati sudah mulai berkurang setelah melakukan teknik relaksasi otot progresif 2. Pasien mengatakan pusing berkurang 3. Pengkajian nyeri : P : nyeri mulai berkurang Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 3 T : Nyeri hilang timbul O : 1. Meringis berkurang 2. Hasil pemeriksaan TTV TD : 130/90mmHg Nadi : 85 x/menit		S : 1. Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati sudah berkurang setelah melakukan teknik relaksasi otot progresif 2. Pengkajian nyeri : P : nyeri berkurang Q : nyeri tertusuk-tusuk R : nyeri pada perut bagian atas S : skala nyeri 2 T : Nyeri sudah jarang muncul O : 1. Pasien tampak rileks 2. Hasil pemeriksaan TTV TD : 120/80mmHg Nadi : 81 x/menit RR : 20 xmenit Suhu : 36°C SpO2 : 99% A : Masalah teratasi

Diagnosa	Jam	Hari I	Jam	Hari II	Jam	Hari III
		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan		RR : 21 xmenit Suhu : 36,5°C SpO2 : 98% A : Masalah Teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan		P : Intervensi dihentikan

B. Pembahasan

Bab ini menyajikan pembahasan yang berfokus pada analisis antara teori dan praktik nyata dalam proses keperawatan. Didalamnya dijelaskan perbedaan yang muncul antara landasan teori dan studi kasus, serta tindakan atau solusi yang diambil untuk menyelesaikan masalah saat memberikan asuhan keperawatan kepada dua pasien di ruangan interna RSUD Kabupaten Sumba Barat. Asuhan keperawatan untuk pasien pertama dilaksanakan pada tanggal 22 hingga 25 Mei 2025, sedangkan untuk pasien kedua dilakukan pada tanggal 26 hingga 30 Mei 2025. Pembahasan ini mencakup keseluruhan tahapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan intervensi, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi. Adapun hasil pengkajian terhadap kedua pasien tersebut dijabarkan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan berdasarkan model asuhan keperawatan. Untuk pasien pertama (Tn Y), pengkajian dilakukan pada tanggal 22 Mei 2025. Ditemukan bahwa Tn. Y mengalami pusing, lemas, nyeri pada bagian lambung, mual dan sulit tidur.

Pasien merasa tidak nyaman akibat nyeri tersebut dan sering terbangun saat tidur karena nyeri. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah : 125/95 mmHg, , denyut nadi 90 kali per menit, suhu tubuh 36°C, dan pernapasan 20 kali per menit, dan skala nyeri merasakan nyeri pada uluh hati dengan skala 6, nyeri tersusuk-tusuk, nyeri bertambah saat bergerak, pusing, lemas.

Berdasarkan teori keluhan nyeri epigastrium diakibatkan iritasi mukosa lambung yang merangsang nosiseptor nyeri pada lapisan otot lambung berdasarkan kasus Tn.Y dengan teori Pinzon, R. T. (2022) terdapat kesamaan. Nyeri pada Tn.Y disebabkan karena peradangan mukosa lambung kronis dengan penebalan permukaan dan foveolat epitelium oleh T limfosit dan disertai dengan infiltrasi pada lamina propia. Adanya respon tinggi terhadap anti H. pylori meningkatkan produksi limfosit' untuk

melakukan fagositosis pada bakteri, maka pada akhirnya menghasilkan akumulasi pada permukaan mukosa dan menimbulkan peradangan

Sementara itu, pengkajian terhadap pasien kedua (Ny. Y.K) dilakukan pada tanggal 26 Mei 2025. Keluhan utama yang dirasakan serupa, yaitu pusing, lemas, nyeri pada bagian lambung, mual dan sulit tidur.

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 115/85 mmHg, denyut nadi 85 kali per menit, suhu tubuh 36°C, dan pernapasan 20 kali per menit, dan skala nyeri 5. Selain faktor anatomis, tingkat stres akibat kecemasan, tekanan psikologis, dan beban mental lainnya turut berperan dalam memicu timbulnya nyeri. Berdasarkan penelitian pada pasien 2 yang dilakukan oleh penulis dan berdasarkan teori Noviarni, N., & Sarniyati, N. (2022) tidak terdapat kesenjangan pada teori dan hasil karena tanda dan gejala pada teori yang dirasakan sebagian oleh pasien yaitu Gejala yang dirasakan Ny.Y.K adalah nyeri perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala 5, nyeri dirasakan ketika telat makan,. nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan bagi sebagian orang dan seringkali dikaitkan dengan kerusakan tubuh yang merupakan peringatan terhadap ancaman yang bersifat aktual ataupun potensial.

Menurut Puspitasari, R. (2023). Gastritis merupakan kondisi peradangan dan iritasi yang menyebabkan pengikisan lapisan lambung akibat kelebihan asam lambung. Adapun tanda dan gejala gastritis yaitu: mual-muntah, nyeri ulu hati, perut kembung, hematemesis.

Berdasarkan hasil pengkajian, studi kasus yang dilakukan peneliti terdapat persamaan tanda dan gejala antara pasien I dan pasien 2 yaitu nyeri ulu hati, meringis, pusing, dan lemas. tetapi terdapat perbedaan pada skala nyeri antara pasien 1 dan pasien 2. Pasien 1 dengan skala 6 dan pasien 2 dengan skala 5 .

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang di kumpulkan dari pasien, keluarga, rekam medik, dari pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Berdasarkan data data yang didapatkan

dari proses pengkajian baik dari subjektif maupun objektif terdapat data yang memungkinkan untuk diangkatnya suatu diagnosa keperawatan sesuai masalah masalah yang terjadi. Shelemo, A. A. (2023).

Menurut PPNI (2018) dalam buku SDKI diagnosa yang bisa muncul pada pasien gastritis adalah nyeri akut, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, resiko hipovolemia. Menurut PPNI 2018, nyeri akut adalah nyeri yang tiba-tiba atau mendesak.

Penetapan diagnosis pada pasien 1 (Tn Y) didasarkan pada data hasil pengkajian yang telah diperoleh sebelumnya yaitu Nyeri akut b/d pencedera fisiologis dengan keluhan (Tn Y) : TTV didapatkan TD : 125/95 mmHg, , denyut nadi 90 kali per menit, suhu tubuh 36°C, dan pernapasan 20 kali per menit, dan skala nyeri merasakan nyeri pada ulu hati dengan skala 6, nyeri tersusuk-tusuk, nyeri bertambah saat bergerak, pusing, lemas.

Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan sub mukosa pada lambung. Pada orang awam sering menyebutnya dengan penyakit maag. Masyarakat sering menganggap remeh penyakit gastritis, padahal jika inflamasi semakin besar dan parah maka lapisan mukosa akan tampak sembab, merah dan mudah berdarah..Hamdani, D., Fithriani, A., & Nurapandi, A. (2021).

Berdasarkan hasil pengkajian, penetapan diagnosis pada pasien 2 (Ny Y.K) dilakukan dengan mengacu pada data yang telah dikumpulkan selama proses pengkajian yaitu Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis dengan keluhan Ny Y. K yaitu pasien 2 mengatakan nyeri pada ulu hati dengan skala 5, meringis, pusing, hasil TTV menunjukan TD: 155/85 mmHg, denyut nadi 85 kali per menit, suhu tubuh 36°C, dan pernapasan 20 kali per menit, dan skala nyeri 5. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien gastritis dengan nyeri akut adalah Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis, (SDKI 2018), namun penulis hanya fokus pada diagnosa yang mengganggu kebutuhan dasar pada pasien gastritis yaitu Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis

Menurut aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan *web of caution* dan standar diagnosa keperawatan indonesia (SDKI) (PPNI,2017) terdapat 3 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus gastritis yaitu nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, defisit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan Ketidak mampuan mengabsorpsi nutrien, intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan

3. Intervensi keperawatan

Intervensi adalah berbagai bentuk terapi yang dilakukan oleh perawat, yang didasarkan pada pengetahuan serta pertimbangan klinis, dengan tujuan untuk meningkatkan, mencegah, dan memulihkan kesehatan klien, baik individu, keluarga, maupun komunitas. Sementara itu, tindakan keperawatan merupakan aktivitas atau perilaku spesifik yang dilakukan perawat sebagai pelaksanaan dari intervensi keperawatan. (PPNI, 2018)

Intervensi teori yang akan diberikan adalah Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh budaya terhadap terhadap respon nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri nyeri pada kualitas hidup. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, Monitor efek samping penggunaan analgetik. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, teknik relaksasi otot progresif terapi bermain), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat tidur. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat,

ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan untuk jangka waktu tiga hari pada pasien 1 (Tn Y) dan pasien 2 (Ny Y. K), yaitu 1). Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri, 2). Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri nonverbal, terapeutik 4) berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi otot progresif), edukasi 5) menjelaskan strategi meredakan nyeri (menganjurkan teknik relaksasi otot progresif), mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi otot progresif) (PPNI 2018)

Penyusunan rencana keperawatan untuk pasien 1 dan 2 didasarkan pada prioritas masalah yang teridentifikasi, namun tidak seluruh rencana tindakan dalam tinjauan kasus diterapkan, melainkan disesuaikan dengan keluhan dan kondisi masing-masing pasien. Beberapa intervensi yang tidak diberikan kepada pasien 1 (Tn Y) dan pasien 2 (Ny Y. K) antara lain identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping kegunaan analgetik, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri, anjurkan monitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, dan kolaborasi pemberian analgetik jika perlu.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari rencana perawatan yang telah disusun untuk memenuhi kebutuhan atau mengatasi masalah kesehatan pasien, yang meliputi aspek peningkatan, pemeliharaan, dan pemulihan kesehatan, serta melibatkan pasien dan keluarga dalam proses tersebut. Shelemo, A. A. (2023).

Penulis melaksanakan implementasi pada pasien 1 Tn Y selama 3 hari. Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan untuk pasien dengan Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis adalah 1). Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri (lokasi nyeri pada tengkuk, nyeri hilang timbul dan nyeri seperti tertusuk-tusuk) 2). Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri 6), 3) mengidentifikasi respon nyeri nonverbal, (pasien tampak meringis), 4) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi otot progresif), 5) Menjelaskan strategi meredakan nyeri (menganjurkan teknik relaksasi otot progresif), 6) Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi otot progresif). Dapat disimpulkan bahwa seluruh tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan intervensi yang tercantum dalam buku SIKI (2018).

Menurut Jasmine, K. (2021). Teknik relaksasi otot progresif merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk membantu rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien. Oleh karena itu penulis melaksanakan tindakan implementasi pada pasien 2 Ny Y.K selama tiga hari. Nyeri pada pasien gastritis dapat ditangani dengan tindakan farmakologis dan nonfarmakologis. Terapi nonfarmakologis yang dapat dilakukan teknik relaksasi otot progresif pada pasien gastritis. Tindakan yang dilakukan disesuaikan dengan intervensi untuk pasien yang mengalami masalah Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis yaitu 1). Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri (lokasi nyeri pada tengkuk, nyeri hilang timbul dan nyeri seperti tertusuk-tusuk) 2). Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri 5), 3) mengidentifikasi respon nyeri nonverbal, (pasien tampak meringis), 4) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi otot progresif), 5) Menjelaskan strategi meredakan nyeri (menganjurkan teknik relaksasi otot progresif), 6) Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi otot progresif)

Teknik relaksasi otot progresif membantu menurunkan intensitas nyeri, mengurangi hormon stres yang dapat meningkatkan kenyamanan pada pasien gastritis dalam mengatasi nyeri . Gita, N. M. D. A. (2020).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yaitu mencatat perkembangan bertujuan untuk mengevaluasi sejauh mana keberhasilan intervensi yang telah dilakukan sesuai dengan tujuan dan batas waktu yang telah ditetapkan. Pandangan partisipan mengenai prinsip, kriteria, dan komponen evaluasi dalam asuhan keperawatan dituangkan dalam format SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Perencanaan), yang mengacu pada target hasil yang telah dirancang sebelumnya. Bustan, M., & P, D. P. (2023)

Hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 3 hari pada pasien 1 yaitu Tn Y dimulai pada tanggal 22 Mei 2025 dengan diagnosa keperawatan gangguan Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis. Didapatkan evaluasi hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam, hari pertama pasien mengatakan nyeri pada uluh hati , tidak nyaman saat merasakan nyeri, nyeri hilang timbul, nyeri tertusuk-tusuk dengan skala 6, setelah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan hasil tekanan darah 125/95 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, pernapasan 20x/menit, pasien tampak tidak nyaman, dan pasien tampak meringis pada evaluasi hari pertama belum teratasi karena nyeri belum berkurang, intervensi dilanjutkan. Evaluasi hari kedua dilakukan pada tanggal 23 Mei 2025, pasien mengatakan teratasi karena nyeri belum berkurang, intervensi dilanjutkan. Evaluasi hari kedua dilakukan pada tanggal 24 Mei 2025, pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, dan sedikit merasa nyaman setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif , nyeri hilang timbul, nyeri tertusuk-tusuk dengan skala 5, setelah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital. didapatkan hasil: tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, pernapasan 20x/menit, pasien masih tampak meringis pada evaluasi hari kedua teratasi sebagian karena nyeri

sedikit berkurang. intervensi dilanjutkan. Evaluasi hari ketiga dimulai pada tanggal 25 Mei 2025, pasien mengatakan nyeri menghilang dan sudah merasa nyaman dan rileks setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif, pasien tampak nyaman, skala nyeri 0 dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan hasil tekanan darah 120/80 mmHg. nadi 80x/menit, suhu 36°C, pernapasan 20x/menit, dan pasien tampak tidak meringis lagi masalah gangguan rasa nyeri teratasi, intervensi dihentikan.

Setelah dilakukan implementasi teknik relaksasi otot progresif respon pasien 1 dan pasien 2 mengatakan merasa nyaman dan nyeri uluh hati menghilang setelah dilakukan tindakan relaksasi otot progresif

Menurut Noviarni, N., & Sarniyati, N. (2022) Fokus pada evaluasi adalah aktivitas dari proses keperawatan dan kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi harus dilaksanakan segera setelah perencanaan implementasi keperawatan dilaksanakan hingga tujuan yang ditentukan tercapai. Klien telah mencapai hasil yang ditentukan dalam tujuan (tujuan tercapai), klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan. (tujuan tercapai Sebagian), Klien tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan. (tujuan tidak tercapai)

Menurut SLKI (2018) L08066 tingkat nyeri menurun dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (1) kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, (2) keluhan nyeri menurun, (3) meringis menurun, (4) gelisa menurun, (5) kesulitan tidur menurun, (6) ketegangan otot menurun, (7) pola napas membaik, (8) tekanan darah membaik.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien 1 dan 2, kriteria hasil pada pasien 1, (1) keluhan nyeri menurun dari skala 6 menjadi 2, (2) meringis menurun, (3) kesulitan tidur menurun, (4) ketegangan otot menurun. Kriteria hasil pada pasien 2, (1) keluhan nyeri menurun dari skala 5 menjadi 2, (2) meringis menurun, (3) kesulitan tidur menurun (4) tekanan darah membaik.

Hal ini menunjukkan adanya kesesuaian antara teori yang dikemukakan oleh PPNI dalam SLKI 2018, dengan kasus pada pasien 1 dan 2.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lepu, R., Hinga, I. A. T., & Riwu, Y. R. (2022). menyebutkan bahwa artikel 1 sebelum dilakukan teknik relaksasi otot progresif rata rata nyeri adalah 7,1 dan setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif menjadi 6,5 dengan P.value 0,004. Sedangkan pada artikel 2 sebelum dilakukan teknik relaksasi otot progresif rata rata nyeri adalah 4,06 dan setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif menjadi 1,86 dengan P.value 0,000. Hasil rata rata nyeri dari kedua artikel sebelum dilakukan teknik relaksasi otot progresif adalah 5,27 dan setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif rata rata nyeri menjadi 3,71 dengan P.value menunjukkan $<0,05$. Hal ini menunjukkan ada pengaruh yang signifikan terhadap penurunan nyeri sebelum dan sesudah diberikan teknik relaksasi otot progresif pada pasien gastritis.