

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN *DISPEPSIA* DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS PERAWATAN PADANG GUCI
TAHUN 2019



DISUSUN OLEH :

MICA APRIANI
NIM. P05120218148

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PRODI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2019

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN *DISPEPSIA* DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS PERAWATN PADANG GUCI
TAHUN 2019

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma
III Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

MICA APRIANI
NIM. P05120218148

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PRODI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2019

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Di Uji Dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji
Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Dipersiapkan dan dipersentasikan oleh :

MICA APRIANI
NIM. P05120218148

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

Ns. Septiyanti S.Kep. M.Pd
NIP. 197409161997032001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Dengan *Dispepsia* Di Wilayah Kerja Puskesmas Perawatan Padang Guci Tahun 2019”

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan bimbingan dan bantuan baik materi maupun nasehat dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Darwis S.Kp., M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
2. Bapak Dahrizal S.Kp., MPH, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Bapak Ns. Septiyanti, S.Kep, M.Pd selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan, dan masukan sehingga Laporan Karya Tulis Ilmiah ini bisa terselesaikan dengan baik.
4. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
5. Suami, anak, dan keluarga tercinta yang telah banyak memberikan dukungan moril dan spiritual yang sangat berarti bagi penulis.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa Prodi Keperawatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, September 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Batasan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Anatomi Fisiologi	7
a. Anatomi	7
b. Fisiologi	8
B. Konsep Dasar Penyakit.....	10
a. Definisi.....	10
b. Klasifikasi	11
c. Etiologi.....	15
d. Patofisiologi.....	18
e. WOC	20
f. Komplikasi	21
g. Pemeriksaan Penunjang	22
h. Penatalaksanaan Medis	24
C. Asuhan Keperawatan Teoritis	16
a. Pengkajian	16
b. Diagnosa Keperawatan	18
c. Perencanaan/Intervensi	20

d. Implementasi	28
e. Evaluasi.....	28

BAB III METODE PENELITIAN

A. Pendekatan / Desain Penelitian	29
B. Subyek Penelitian	29
C. Definisi Operasional	29
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	29
E. Prosedur Penelitian	29
F. Metode dan instrument Pengumpulan data	30
G. Kebasahan Data.....	30
H. Analisa Data	31

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	49
B. Diagnosa Keperawatan.....	52
C. Perencanaan.....	53
D. Implementasi	57
E. Evaluasi	63

BAB V PEMBAHASAN

A. Pengkajian	69
B. Diagnosa Keperawatan.....	72
C. Perencanaan	72
D. Implementasi.....	73
E. Evaluasi	75

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan	78
B. Saran	79

DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Kesehatan merupakan suatu keadaan baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Penyakit Dispepsia merupakan penyakit yang masih menjadi masalah kesehatan di dunia termasuk Indonesia. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa dispepsia saat ini telah menjadi ancaman global. Diperkirakan 1,9 milyar manusia atau sepertiga penduduk dunia terinfeksi penyakit ini, hasil study menunjukkan bahwa di Eropa, Amerika Serikat dan Oseania, prevalensi dyspepsia bervariasi antara 5% hingga 43% (WHO,2010). Populasi dewasa di Negara Barat menderita dispepsia kronik/dispepsia yang berulang berkisar antara 20%-37% (Talley *et al.*, 2005; Aro *et al.*, 2011).

Dispepsia berada pada peringkat ke-10 dengan proporsi 1,5% untuk kategori 10 jenis penyakit terbesar pada pasien rawat jalan di seluruh rumah sakit di Indonesia. Tahun 2004, dispepsia menempati urutan ke-15 dari daftar 50 penyakit dengan pasien rawat inap terbanyak di Indonesia dengan proporsi 1,3% dan menempati urutan ke-35 dari daftar 50 penyebab penyakit yang menyebabkan kematian dengan prevalensi 0,6% (Depkes RI, 2006). Tahun 2010 kasus dispepsia mengalami peningkatan yaitu menduduki peringkat ke-5 dari 10 besar penyakit rawat inap di rumah sakit dengan jumlah kasus laki-

laki 9.594 (38,82%) dan perempuan 15.122 (61,18%), sedangkan untuk penyakit rawat jalan dispepsia menduduki peringkat ke-6 dengan jumlah kasus laki-laki 34.981 dan perempuan 53.618 serta didapatkan 88.599 kasus baru dan 163.428 kunjungan (Kementerian Kesehatan, 2012).

Berdasarkan data kunjungan di klinik gastroenterologist didapatkan sekitar 20-40% orang dewasa mengalami dispepsia, sedangkan di klinik umum hanya sebesar 2-5%. Beragamnya angka kunjungan ini disebabkan oleh perbedaan persepsi tentang definisi dispepsia (Rani, 2011). Dispepsia adalah sekumpulan gejala (sindrom) yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di epigastrium, mual, muntah, kembung, rasa penuh atau cepat kenyang, dan sering bersendawa. Biasanya berhubungan dengan pola makan yang tidak teratur, makanan yang pedas, asam, minuman bersoda, kopi, obat-obatan tertentu, ataupun kondisi emosional tertentu misalnya stress (Misnadiarly, 2012).

Dispepsia disebabkan oleh beberapa hal, antara lain menelan udara, regurgitasi (alir balik) asam dari lambung, iritasi lambung (gastritis), kanker lambung, peradangan kandung empedu, ketidakmampuan mencerna susu dan produknya dan kecemasan, jika dalam jangka waktu yang lama pasien yang menderita dyspepsia komplikasi yang mungkin muncul yaitu pendarahan gastro intestinal, stenosis, pylorus dan perforasi (Corwin, 2010)

Faktor lain yang menyebabkan kekambuhan dyspepsia adalah stres. Stres adalah respon tubuh yang sifatnya non spesifik terhadap setiap tuntutan beban atasnya. Setiap orang tidak bisa lepas dari stres, masalahnya adalah

bagaimana hidup beradaptasi dengan stres tanpa harus mengalami distress, sudah lama diketahui bahwa stres atau ketegangan jiwa (rasa tertekan, murung, rasa marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah) dapat merangsang peningkatan produksi hormon dalam tubuh seperti adrenalin dan kortikosteroid (Keliat, 2014). Hormon tersebut dapat meningkatkan pengeluaran asam lambung yang bisa menyebabkan penderita mengalami gangguan pencernaan pada perut bagian atas atau dyspepsia yang menetap atau mengalami kekambuhan pada pasien dyspepsia mengalami kekambuhan atau berulang biasa mempunyai jarak atau frekuensi.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh *Brandt Wc. William* dan *Billy Mach* terhadap 1.100 responden menunjukkan bahwa kekambuhan dyspepsia disebabkan oleh stress berat. Hal ini diduga melalui aktivitas syaraf simpatis yang dapat menaikkan asam lambung secara intermiten (Olypia C, 2013).

Upaya yang dapat dilakukan yaitu menghindari penyebab terjadinya dispepsia yaitu memperbaiki pola makan, menghindari stress, kelelahan dan menghindari makanan yang dapat meningkatkan asam lambung, upaya rehabilitative dengan cara memberikan pendidikan kesehatan untuk memotivasi pasien agar menghilangkan pola makan yang buruk, untuk menghindari terjadinya penyakit dispepsia, mengupayakan untuk makan secara sedikit-sedikit tapi sering setiap 4 jam sekali dan menghindari makanan yang merangsang peningkatan asam lambung, serta menghindari makanan yang merangsang peningkatan asam lambung, serta menghindari

faktor resiko yang menyebabkan dyspepsia menjadi lebih buruk (Misnadiarly, 2015).

Data profil kesehatan tahun 2015 di Provinsi Bengkulu tercatat untuk kategori 10 penyakit terbesar pada unit rawat jalan, *dyspepsia* berada pada urutan ke-6. Di provinsi Bengkulu jumlah pasien *dyspepsia* berdasarkan data dari dinas kesehatan ada 11.239 kasus pada tahun 2017. Pada tahun 2018 angka kejadian dyspepsia sebanyak 12.425 kasus. Sedangkan angka kejadian dyspepsia di Kabupaten Kaur sebanyak 726 kasus pada tahun 2016, pada tahun 2017 angka kejadian sebanyak 821 kasus dan pada tahun 2018 sebanyak 987 (Dinas kesehatan Bengkulu, 2018).

Berdasarkan rekam medis di puskesmas padang guci pada tahun 2019 sampai bulan april sebanyak 85 kejadian yang mengalami dispepsia di puskesmas perawatan Padang Guci (Puskesmas padang guci,2018). Dispepsia merupakan penyakit tidak kronik namun dapat mengancam jiwa jika tidak diberikan perawatan dan asuhan keperawatan dan merupakan gangguan pencernaan yang membutuhkan kunjungan medis berulang yang akan meningkatkan biaya kesehatan dan mempengaruhi kualitas hidup pasien (Babaeian *et al.*,2015;Halling *et al.*, 2008).

Tindakan keperawatan yang dilakukan di puskesmas perawatan Padang Guci yaitu manajemen nyeri nonfarmakologis diantaranya, teknik relaksasi nafas dalam, kompres hangat atau masase guna mengurangi dan meminimalisir nyeri yang dirasakan pasien Dispepsia. Puskesmas Perawatan Padang Guci belum melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif

yang meliputi bio-psiko-sosio dan spiritual. Penerapan asuhan keperawatan belum dilaksanakan sesuai dengan tahapan proses keperawatan.

Melihat begitu banyak angka kejadian dispepsia dan dampak yang ditimbulkan dan berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian “Asuhan keperawatan pada pasien dengan dispepsia di puskesmas perawatan padang guci tahun 2019”

B. Batasan Masalah

Batasan penulisan pada karya tulis ilmiah ini pada keperawatan medikal bedah pada klien dengan Dispepsia di puskesmas perawatan padang guci meliputi tahap pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien dengan dyspepsia.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian keperawatan pada klien dengan masalah Dispepsia
- b. Mendeskripsikan Diagnosa keperawatan pada klien dengan masalah dispepsia.

- c. Mendeskripsikan intervensi asuhan keperawatan pada klien dengan masalah dispepsia.
- d. Mendeskripsikan implementasi asuhan keperawatan pada klien dengan masalah dispepsia.
- e. Mendeskripsikan evaluasi asuhan keperawatan pada klien dengan masalah Dispepsia.

D. Manfaat penulisan

1. Bagi Penulis

- a. Dapat memahami dan menerapkan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan dispepsia.
- b. Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam penerapan asuhan keperawatan medikal bedah.
- c. Menambah keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah.

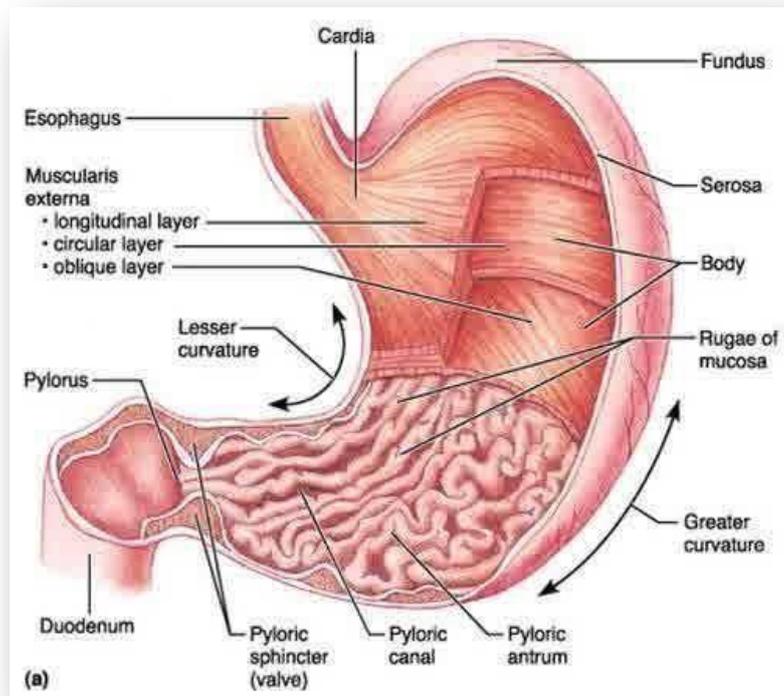
2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber bacaan atau referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan, khususnya pada klien dengan dispepsia dan menambah pengetahuan bagi para pembaca.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi Fisiologi Lambung



Gambar 2.1 Pembagian daerah anatomi lambung (Tortora & Derrickson, 2014)

a. Anatomi

Lambung adalah organ pencernaan yang paling melebar, dan terletak di antara bagian akhir dari esofagus dan awal dari usus halus (Gray, 2008). Lambung merupakan ruang berbentuk kantung mirip huruf J, berada di bawah diafragma, terletak pada regio epigastrik, umbilikal, dan hipokondria kiri pada regio abdomen (Tortora & Derrickson, 2014). Secara anatomik, lambung memiliki lima bagian utama, yaitu kardiak, fundus, badan (body), antrum, dan pilori. Kardia adalah daerah kecil yang

berada pada hubungan gastroesofageal (gastroesophageal junction) dan terletak sebagai pintu masuk ke lambung Fundus adalah daerah berbentuk kubah yang menonjol ke bagian kiri di atas kardia. Badan (body) adalah suatu rongga longitudinal yang berdampingan dengan fundus dan merupakan bagian terbesar dari lambung. Antrum adalah bagian lambung yang menghubungkan badan (body) ke pilorik dan terdiri dari otot yang kuat. Pilorik adalah suatu struktur tubular yang menghubungkan lambung dengan duodenum dan mengandung spinkter pilorik (Schmitz & Martin, 2012).

b. Fisiologi

Lambung merupakan bagian dari saluran pencernaan yang berbentuk seperti kantung, dapat berdilatasi, dan berfungsi mencerna makanan dibantu oleh asam klorida (HCl) dan enzim-enzim seperti pepsin, renin, dan lipase. Lambung memiliki dua fungsi utama, yaitu fungsi pencernaan dan fungsi motorik. Sebagai fungsi pencernaan dan sekresi, yaitu pencernaan protein oleh pepsin dan HCl, sintesis dan pelepasan gastrin yang dipengaruhi oleh protein yang dimakan, akan mensekresi mukus yang membentuk selubung dan melindungi lambung serta sebagai pelumas sehingga makanan lebih mudah diangkut, sekresi bikarbonat bersama dengan sekresi gel mukus yang berperan sebagai barier dari asam lumen dan pepsin. Fungsi motorik lambung terdiri atas penyimpanan makanan sampai makanan dapat diproses dalam duodenum, pencampuran makanan dengan asam lambung, hingga membentuk suatu kimus, dan

pengosongan makanan dari lambung ke dalam usus dengan kecepatan yang sesuai untuk pencernaan dan absorpsi dalam usus halus (Herman, 2014).

Lambung akan mensekresikan asam klorida (HCl) atau asam lambung dan enzim untuk mencerna makanan. Lambung memiliki motilitas kusus untuk gerakan pencampuran makanan yang dicerna dan cairan lambung, untuk membentuk cairan padat yang dinamakan kimus kemudian dikosongkan ke duodenum. Sel-sel lambung setiap hari mensekresikan sekitar 2500 ml cairan lambung yang mengandung berbagai zat, diantaranya adalah HCl dan pepsinogen. HCl membunuh sebagian besar bakteri yang masuk, membantu pencernaan protein, menghasilkan pH yang diperlukan pepsin untuk mencerna protein, serta merangsang empedu dan cairan pankreas. Asam lambung cukup pekat untuk menyebabkan kerusakan jaringan, tetapi pada orang normal mukosa lambung tidak mengalami iritasi atau tercerna karena sebagian cairan lambung mengandung mukus, yang merupakan faktor perlindungan lambung (Ganong, 2013).

Sekresi asam lambung dipengaruhi oleh kerja saraf dan hormon. Sistem saraf yang bekerja yaitu saraf pusat dan saraf otonom, yakni saraf simpatis dan parasimpatis. Adapun hormon yang bekerja antara lain adalah hormon gastrin, asetilkolin, dan histamin. Terdapat tiga fase yang menyebabkan sekresi asam lambung. Pertama, fase sefalik, sekresi asam lambung terjadi meskipun makanan belum masuk lambung,

akibat memikirkan atau merasakan makanan. Kedua, fase gastrik, ketika makanan masuk lambung akan merangsang mekanisme sekresi asam lambung yang berlangsung selama beberapa jam, selama makanan masih berada di dalam lambung. Ketiga, fase intestinal, proses sekresi asam lambung terjadi ketika makanan mengenai mukosa usus. Produksi asam lambung akan tetap berlangsung meskipun dalam kondisi tidur. Kebiasaan makan yang teratur sangat penting bagi sekresi asam lambung karena kondisi tersebut memudahkan lambung mengenali waktu makan sehingga produksi lambung terkontrol (Ganong, 2013).

B. Konsep Dasar Penyakit

a. Definisi

Dispepsia atau biasa disebut dengan maag itu sendiri di definisikan sebagai rasa nyeri atau tidak nyaman di sekitar ulu hati. Pasien dispepsia atau sakit maag ini biasanya datang dengan keluhan lain, yaitu dari mual sampai muntah. Selain itu, keluhan-keluhan lain seperti kembung, cepat kenyang, nafsu makan berkurang, dan sering sendawa juga biasanya muncul (Yuliarti, 2009).

Dispepsia organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya. Sindroma dispepsi organik terdapat kelainan yang nyata terhadap organ tubuh misalnya tukak (luka) lambung, usus dua belas jari, radang pankreas, radang empedu, dan lain-lain (Mansjoer, 2012). Dispepsia nonorganik atau dispepsia fungsional, atau dispepsia nonulkus (DNU), bila tidak jelas penyebabnya. Dispepsi fungsional tanpa disertai

kelainan atau gangguan struktur organ berdasarkan pemeriksaan klinis, laboratorium, radiologi, dan endoskopi (teropong saluran pencernaan) (Mansjoer, 2012).

Dispepsia atau sakit maag adalah sekumpulan gejala (sindrom) yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di epigastrium, mual, muntah, kembung, rasa penuh atau cepat kenyang, dan sering bersendawa. Biasanya berhubungan dengan pola makan yang tidak teratur, makanan yang pedas, asam, minuman bersoda, kopi, obat-obatan tertentu, ataupun kondisi emosional tertentu misalnya stress (Misnadiarly, 2012).

b. Klasifikasi

Pengelompokan mayor dispepsia terbagi atas dua yaitu :

a) Dispepsia Organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya. Sindrom dispepsia organik terdapat kelainan yang nyata terhadap organ tubuh misalnya tukak (ulkus peptikum), gastritis, stomach cancer, gastro esophageal reflux disease, hiperacidity. Jenis-jenis dispepsia organik yaitu:

1. Tukak pada saluran cerna atas

Keluhan yang sering terjadi nyeri epigastrium. Nyeri yang dirasakan yaitu nyeri tajam dan menyayat atau tertekan, penuh atau terasa perih seperti orang lapar. Nyeri epigastrium terjadi 30 menit sesudah makan dan dapat menjalar ke punggung. Nyeri dapat berkurang atau hilang sementara sesudah makan atau setelah

minum antasida. Gejala lain seperti mual, muntah, bersendawa, dan kurang nafsu makan (Muya,2011).

2. Gastritis

Gastritis adalah peradangan/inflamasi pada mukosa dan submukosa lambung. Penyebabnya oleh makanan atau obat-obatan yang mengiritasi mukosa lambung dan adanya pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Gejala yang timbul seperti mual, muntah, nyeri epigastrium, nafsu makan menurun, dan kadang terjadi perdarahan (Minggu K, 2014).

3. *Gastroesophageal Reflux Disease (GRD)*

GRD adalah kelainan yang menyebabkan cairan lambung mengalami refluks (mengalir balik) ke kerongkongan dan menimbulkan gejala khas berupa rasa panas terbakar di dada (*heart burn*), kadang disertai rasa nyeri serta gejala lain seperti rasa panas dan pahit di lidah, serta kesulitan menelan. Belum adates standart mendiagnosa GERD, kejadiannya diperkirakan dari gejala-gejala penyakit lain atau ditemukannya radang pada esofagus seperti esofagitis (Minggu, 2014).

4. Karsinoma

Karsinoma pada saluran pencernaan (esofagus, lambung, pankreas, kolon) sering menimbulkan dispepsia. Keluhan utama yaitu rasa nyeri diperut, bertambah dengan nafsu makan turun, timbul anoreksia yang menyebabkan berat badan turun (Minggu K, 2014).

5. Pankreatitis

Gambaran yang khas dari pankreatitis akut ialah rasa nyeri hebat di epigastrium. Nyeri timbul mendadak dan terus menerus, seperti ditusuk-tusuk dan terbakar. Rasa nyeri dimulai dari epigastrium kemudian menjalar ke punggung. Perasaan nyeri menjalar ke seluruh perut dan terasa tegang beberapa jam kemudian. Perut yang tegang menyebabkan mual dan kadang-kadang muntah. Rasa nyeri di perut bagian atas juga terjadi pada penderita pankreatitis kronik. Pada pankreatitis kronik tidak ada keluhan rasa pedih, melainkan disertai tanda-tanda diabetes melitus atau keluhan steatorrhea (Minggu K, 2014).

6. Dispepsia pada Sindrom Malabsorpsi

Malabsorpsi adalah suatu keadaan terdapatnya gangguan proses absorpsi dan digesti secara normal pada satu atau lebih zat gizi. Penderita ini mengalami keluhan rasa nyeri perut, mual, anoreksia, sering flatulensi, kembung dan timbulnya diare berlendir (Sudoyo, 2013).

7. Gangguan Metabolisme

Diabetes Mellitus (DM) dapat menyebabkan gastroparesis yang hebat sehingga muncul keluhan rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, mual dan muntah. Definisi gastroparesis yaitu ketidakmampuan lambung untuk mengosongkan ruangnya. Ini terjadi bila makanan berbentuk padat tertahan di lambung.

Gangguan metabolik lain seperti hipertiroid yang menimbulkan nyeri perut dan vomitus (Sudoyo, 2013).

8. Dispepsia akibat infeksi bakteri *helicobacter pylori*

Penemuan bakteri ini dilakukan oleh dua dokter peraih nobel dari Australia, *Barry Marshall* dan *Robin Warre* yang menemukan adanya bakteri yang bisa hidup dalam lambung manusia. Penemuan ini mengubah cara pandang ahli dalam mengobati penyakit lambung. Penemuan ini membuktikan bahwa infeksi yang disebabkan oleh *Helicobacter pyloripada* lambung dapat menyebabkan peradangan mukosa lambung yang disebut gastritis. Proses ini berlanjut sampai terjadi ulkus atau tukak bahkan dapat menjadi kanker (Rani, 2011).

b. Dispepsia non organik, atau dispepsia fungsional yang tidak diketahui penyebabnya, dan tidak didapati pada pemeriksaan saluran pencernaan sederhana atau tidak ditemukannya kelainan organ. Beberapa hal yang dianggap menyebabkan Dispepsia fungsional antara lain :

- a) Sekresi Asam Lambung Kasus dengan Dispepsia fungsional, umumnya mempunyai tingkat sekresi asam lambung baik sekresi basal maupun dengan stimulasi pentagastrin dapat dijumpai kadarnya meninggi, normal atau hiposekresi.
- b) Dismotilitas Gastrointestinal yaitu perlambatan dari masa pengosongan lambung dan gangguan motilitas lain. Pada berbagai

studi dilaporkan Dispepsia fungsional terjadi perlambatan pengosongan lambung dan hipomotilitas antrum hingga 50% kasus.

- c) Diet dan faktor lingkungan intoleransi makanan dilaporkan lebih sering terjadi pada kasus Dispepsia fungsional. Dengan melihat, mencium bau atau membayangkan sesuatu makanan saja sudah terbentuk asam lambung yang banyak mengandung HCL dan pepsin. Hal ini terjadi karena faktor nervus vagus, dimana ada hubungannya dengan faal saluran cerna pada proses pencernaan. Nervus vagus tidak hanya merangsang sel parietal secara langsung tetapi efek dari antral gastrin dan rangsangan lain sel parietal.
- d) Psikologik Stres akut dapat mempengaruhi fungsi Gastrointestinal dan mencetuskan keluhan pada orang sehat. Dilaporkan adanya penurunan kontraktilitas lambung yang mendahului keluhan mual setelah stimulus stress sentral. (Rani & Fauzi, 2015).

c. Etiologi

a) Infeksi bakteri

Orang yang terinfeksi bakteri *Helicobacter pylori* dapat mengalami Dispepsia. Penemuan bakteri ini dilakukan oleh Barry marshall dan Robin Ware, dua dokter peraih Nobel dari Australia. Mereka menemukan adanya bakteri yang bisa hidup dalam lambung manusia. Penemuan ini mengubah cara pandang para ahli mengenal

penyebab lambung, termasuk cara pengobatannya. Saat ini telah terbukti bahwa infeksi yang disebabkan oleh *Helicobacter Pylori* pada lambung bisa menyebabkan peradangan mukosa lambung yang disebut dengan gastritis. Proses ini berlanjut hingga terjadi ulkus atau tukak, bahkan kanker lambung. Seiring bertambahnya usia, infeksi *Helicobacter Pylori* makin sering terjadi. Infeksi oleh bakteri ini merupakan infeksi yang cukup umum terjadi pada manusia. Di negara-negara barat sekitar 35% - 40% penduduk mengidap bakteri *Helicobacter Pylori*. Peningkatan infeksi terjadi 8% setahun. Di negara berkembang termasuk Indonesia, frekuensi terjadinya infeksi bakteri ini lebih tinggi, terutama pada pada usia muda. Bakteri ini memiliki banyak senjata sehingga dampak yang ditimbulkan oleh peradangan lambung menjadi semakin kompleks. Hal ini terjadi terutama bila bakteri tidak terdeteksi sehingga bakteri akan terus berkembang biak, meluas membentuk tukak lambung , displasia, adenoma, dan akhirnya kanker lambung yang sangat di takuti.

Akan tetapi, infeksi bakteri tersebut dapat dicegah dengan pola hidup sehat dan bersih. Pola makan yang memenuhi syarat kesehatan dan higienis serta kesehatan umum yang memadai bisa menghindarkan kita dari serangan atau infiltrasi bakteri ini.

Sepuluh populasi orang didunia terinfeksi bakteri ini dan menyebarkannya dari satu orang ke orang lain. Pada sejumlah orang,

Helicobacter Pylori akan merusak lapisan lambung. Sejumlah dokter percaya bahwa tingginya kejadian penyakit ini pada orang tua disebabkan kebiasaan yang berhubungan dengan gaya hidup, seperti merokok dan stres (Misnadiarly, 2009).

b) Obat penghilang nyeri

Konsumsi obat penghilang nyeri seperti Nonstereoidal anti inflammatory drugs (NSAIDs) misalnya Aspirin, Ibu proven (Advil, motrin, dan lain-lain), juga Naproxen (Aleve).

c) Alkohol

Mengonsumsi alkohol mengiritasi (merangsang) dan mengikis permukaan lambung sehingga asam lambung dengan mudah mengikis permukaan lambung, selanjutnya terjadi gastritis akut.

d) Asam empedu

Asam empedu adalah cairan yang membantu pencernaan lemak. Cairan ini diproduksi dari hati dan dialirkan ke kantong empedu, asam empedu, akan dialirkan ke usus kecil (duodenum). Secara normal, cincin pilour (pada bagian bawah lambung) akan mencegah aliran asam empedu ke dalam lambung setelah dilepaskan ke duodenum. Namun, apabila cincin tersebut rusak dan tidak bisa menjalankan fungsinya dengan baik atau dikeluarkan karena pembedahan maka akan dapat mengalir ke lambung sehingga dapat mengakibatkan peradangan dan gastritis kronik. (Misnadiarly, 2009)

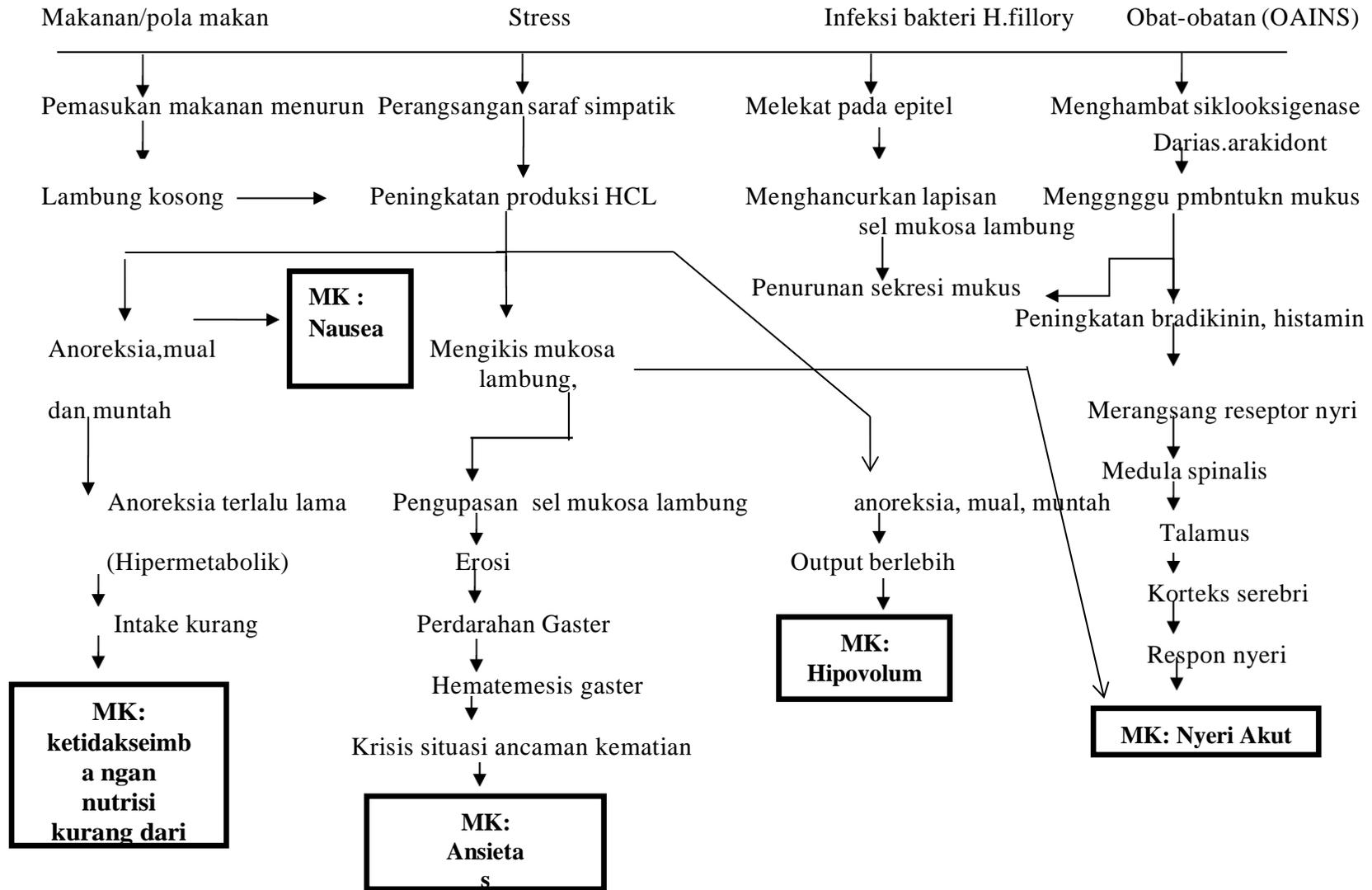
d. Patofisiologi

Dispepsia dapat di sebabkan oleh karena pola makanan atau makanan, stress, alcohol, infeksi bakteri dan obat-obatan yang dapat merangsang asam lambung pada orang yang mengalami perubahan pola makan. Keterlambatan makan dapat menyebabkan pemasukan makanan kedalam lambung akan menurun, maka lambung akan menjadi kosong. Akibat lambung yang kelamaan kosong maka akan mengakibatkan peningkatan produksi asam lambung. Bukan hanya pola makan saja, stress juga dapat mengakibatkan peningkatan produksi asam lambung, hal ini di akibatkan karena seseorang yang mengalami stress akan terjadi perangsangan saraf simpatis nervus vagus yang akan meningkatkan asam klorida (HCL) di dalam lambung. Adanya HCL yang berada dalam lambung akan menimbulkan rasa mual, muntah dan anoreksia. Anoreksia yang terlalu lama akan menyebabkan hipermetabolik, hipermetabolik yang terlalu lama akan menyebabkan *adenosine tripospate* (ATP) menjadi menurun, yang akan mengakibatkan seseorang akan merasa kelelahan.

Zat kimia atau obat-obatan yang bersifat asam akan menghambat siklooksigenase dari asam arakidonat, yang akan mengakibatkan produksi prostaglandin akan gagal. Dari kegagalan prostaglandin tersebut akan mengganggu pembentukan mukus pada lambung. Selain dari bahan kimia, ada juga bakteri yang menyebabkan dispepsia, yaitu bakteri *H.Pylori* akan melekat atau menempel pada epitel lambung, lama-kelamaan bakteri tersebut akan menghancurkan lapisan mukosa sel pada

lambung yang akhir nya juga akan mengganggu pembentukan mukus lambung.

e. WOC/ Web of Cuation



f. Komplikasi

Penderita sindroma dispepsia selama bertahun-tahun dapat memicu adanya komplikasi yang tidak ringan. Salah satunya komplikasi dispepsia yaitu luka di dinding lambung yang dalam atau melebar tergantung berapa lama lambung terpapar oleh asam lambung. Bila keadaan dispepsia ini terus terjadi luka akan semakin dalam dan dapat menimbulkan komplikasi pendarahan saluran cerna yang ditandai dengan terjadinya muntah darah, di mana merupakan pertanda yang timbul belakangan. Awalnya penderita pasti akan mengalami buang air besar berwarna hitam terlebih dulu yang artinya sudah ada pendarahan awal. Tapi komplikasi yang paling dikhawatirkan adalah terjadinya kanker lambung yang mengharuskan penderitanya melakukan operasi (Suratun & Lusianah, 2010).

Tapi komplikasi yang paling dikhawatirkan adalah terjadinya kanker lambung yang mengharuskan penderitanya melakukan operasi. Adapun komplikasi dari dispepsia antara lain: Perdarahan, kanker lambung, muntah darah, ulkus peptikum. Penderita sindroma dispepsia selama bertahun-tahun dapat memicu adanya komplikasi yang tidak ringan. Salah satunya komplikasi dispepsia yaitu luka di dinding lambung yang dalam atau melebar tergantung berapa lama lambung terpapar oleh asam lambung. Bila keadaan dispepsia ini terus terjadi luka akan semakin dalam dan dapat menimbulkan komplikasi pendarahan saluran cerna yang ditandai dengan terjadinya muntah

darah, di mana merupakan pertanda yang timbul belakangan. Awalnya penderita pasti akan mengalami buang air besar berwarna hitam terlebih dulu yang artinya sudah ada perdarahan awal. Tapi komplikasi yang paling dikhawatirkan adalah terjadinya kanker lambung yang mengharuskan penderitanya melakukan operasi (Suratun dan Lusianah, 2010).

Tapi komplikasi yang paling dikhawatirkan adalah terjadinya kanker lambung yang mengharuskan penderitanya melakukan operasi. Adapun komplikasi dari didpepsia antara lain: Perdarahan, kanker lambung, muntahdarah, ulkus peptikum.

g. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang harus bisa menyingkirkan kelainan serius, terutama kanker lambung, sekaligus menegakkan diagnosis bila mungkin. Sebagian pasien memiliki resiko kanker yang rendah dan dianjurkan untuk terapi empiris tanpa endoskopi. Menurut Schwartz & M William (2014) dan Wibawa (2013) berikut merupakan pemeriksaan penunjang:

a) Tes Darah

Hitung darah lengkap dan LED normal membantu menyingkirkan kelainan serius. Hasil tes serologi positif untuk *Helicobacter pylori* menunjukkan ulkus peptikum namun belum menyingkirkan keganasan saluran pencernaan.

b) Endoskopi (esofago-gastro-duodenoskopi)

Endoskopi adalah tes definitive untuk esofagitis, penyakit epitellium Barret, dan ulkus peptikum. Biopsi antrum untuk tes ureumse untuk *Helicobacter pylori* (tes CLO). Endoskopi adalah pemeriksaan terbaik masa kini untuk menyingkirkan kausa organik pada pasien dispepsia. Namun, pemeriksaan *Helicobacter pylori* merupakan pendekatan bermanfaat pada penanganan kasus dispepsia baru. Pemeriksaan endoskopi diindikasikan terutama pada pasien dengan keluhan yang muncul pertama kali pada usia tua atau pasien dengan tanda alarm seperti penurunan berat badan, muntah, disfagia, atau perdarahan yang diduga sangat mungkin terdapat penyakit struktural. Pemeriksaan endoskopi adalah aman pada usia lanjut dengan kemungkinan komplikasi serupa dengan pasien muda. Menurut Tytgat GNJ, endoskopi direkomendasikan sebagai investigasi pertama pada evaluasi penderita dispepsia dan sangat penting untuk dapat mengklasifikasikan keadaan pasien apakah dispepsia organik atau fungsional. Dengan endoskopi dapat dilakukan biopsy mukosa untuk mengetahui keadaan patologis mukosa lambung.

DPL : Anemia mengarahkan keganasan

EGD : Tumor, PUD, penilaian esofagitis

Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium termasuk hitung darah lengkap, laju endap darah, amylase, lipase, profil

kimia, dan pemeriksaan ovum dan parasit pada tinja. Jika terdapat emesis atau pengeluaran darah lewat saluran cerna maka dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan barium pada saluran cerna bagian atas.

h. Penatalaksanaan Medik

Pengambilan riwayat menyeluruh dengan pemeriksaan fisik yang tepat dilakukan untuk mengklarifikasi apakah gejala berasal dari pankreas, empedu, dan kolon. Setelah diagnostik spesifik yang telah dibuat pengobatan harus diarahkan pada kondisi tertentu. Jika pertimbangannya adalah dispepsia sederhana penggunaan aspirin dihentikan. Sangat penting untuk membuat penilaian yang mengindikasikan kebutuhan endoskopi disini, sedangkan selebihnya dapat dikelola dengan strategi *test and treat* (mengacu untuk menetapkan ada atau tidaknya *H.pylori*. (Talley dan segal 2008)

Berdasarkan konsensus nasional penanggulangan *Helicobacter pylori*, ditetapkan skema penatalaksanaan dispepsia, yang dibedakan bagi sentra kesehatan dengan tenaga ahli (gastroenterolog atau internis) yang disertai fasilitas endoskopi dengan penatalaksanaan dispepsia di masyarakat. (Talley dan segal 2008). Adapun pengobatan dispepsia mengenal beberapa golongan obat, yaitu:

a) Antasid 20-150 ml/ hari

Golongan obat ini mudah didapat dan murah. Antasid akan menertalisir sekresi asam lambung. Antasid biasanya mengandung Na bikarbonat, Al (OH)₃, Mg(OH)₂, dan MG trisiklat. Pemberian antasid jangan terus-menerus, sifatnya hanya simptomatis, untuk mengurangi rasa nyeri. Mg trisiklat dapat dipakai dalam waktu lebih lama, juga berkhasiat sebagai adsorben sehingga bersifat non toksik, namun dalam dosis besar akan menyebabkan diare karena terbentuk senyawa MgCl₂.

b) Antikolenergik

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

c) Antagonis reseptor H₂

Golongan obat ini banyak digunakan untuk mengobati dispepsia organik atau esensial seperti tukak peptik. Obat yang termasuk golongan antagonis reseptor H₂ antara lain simetidin, roksatidin, ranitidin, dan famotidin.

Penghambat pompa asam (*proton pump inhibitor*= PPI) Golongan obat ini mengatur sekresi asam lambung pada stadium akhir dari proses sekresi asam lambung. Obat-obat yang

termasuk golongan PPI adalah omeperazol, lansoprazol, dan pantoprazol.

C. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian dalam menangani masalah-masalah pasien sehingga dapat menentukan tindakan keperawatan yang tepat pada pasien (Sudoyo, 2012).

a) Identitas pasien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama penanggung jawab, pekerjaan dll.

b) Keluhan utama

Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien gastritis untuk datang ke rumah sakit adalah pasien mengeluh nyeri ulu hati, mual muntah dan anoreksia atau nafsu makan menurun.

c) Riwayat penyakit sekarang

Biasanya klien mengeluh nyeri ulu hati dan perasaan tidak mau makan, mual dan muntah serta mengalami kelemahan.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Lakukan pengkajian tentang riwayat penyakit keturunan yang berhubungan dengan penyakit gastritis, dan riwayat penyakit

keturunan lain yang ada dalam keluarga. Untuk penyakit gastritis bukanlah termasuk penyakit keturunan.

e) Riwayat penyakit dahulu

Kaji apakah gejala berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan atau minum terlalu banyak, atau makan terlalu cepat? Kaji adakah riwayat penyakit lambung sebelumnya atau pembedahan lambung sebelumnya ?

f) Riwayat psikososial

Meliputi mekanisme koping yang digunakan klien untuk mengatasi masalah dan bagaimana motivasi kesembuhan dan cara klien menerima keadaannya.

g) Pola kebiasaan

1) Aktivitas/istirahat

Gejala : lemah, lemas, gangguan pola tidur dan istirahat, kram abdomen, nyeri ulu hati.

Tanda : nyeri ulu hati saat istirahat.

2) Sirkulasi

Gejala : keringat dingin (menunjukkan status syok, nyeri akut, respon psikologik)

3) Eliminasi

Gejala : bising usus hiperperaktif atau hipoaktif, abdomen teraba keras. Distensi perubahan pola BAB.

Tanda : feses encer atau bercampur darah (melena), bau busuk,

konstipasi.

4) Integritas ego

Gejala : stress (keuangan, hubungan kerja). Perasaan tidak berdaya.

Tanda : ansietas, misalnya : gelisah, pucat, berkeringat, perhatian menyempit, gemetar.

5) Makanan dan cairan

Gejala : anoreksia, mual dan muntah, nyeri ulu hati, kram pada abdomen, sendawa bau busa, penurunan berat badan.

Tanda : membrane mukosa kering, muntah berupa cairan yang berwarna kekuning-kuningan, distensi abdomen, kram pada abdomen.

6) Neurosensori

Gejala : pusing, pandangan berkunang-kunang, kelemahan pada otot

Tanda : lethargi, disorientasi (mengantuk)

7) Nyeri/kenyamanan

Gejala : nyeri epigastrium kiri samping tengah atau ulu hati, nyeri yang digambarkan sampai tajam, dangkal, rasa terbakar, perih.

Tanda : meringis, ekspresi wajah tegang.

8) Pernafasan

Gejala : sedikit sesak

9) Penyuluhan

Gejala : faktor makanan, pola makan yang tidak teratur, diet yang salah, gaya hidup yang salah.

h) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik : *Review of System*

- 1) B 1 (*breath*) : takhipnea
- 2) B 2 (*blood*) : takikardi, hipotensi, disritmia, nadi perifer lemah, pengisian perifer lambat, warna kulit pucat.
- 3) B 3 (*brain*) : sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran dapatterganggu, disorientasi, nyeri epigastrium.
- 4) B 4 (*bladder*) : oliguri, gangguan keseimbangan cairan.
- 5) B 5 (*bowel*) : anemia, anorexia, mual, muntah, nyeri ulu hati, tidaktoleran terhadap makanan pedas.
- 6) B 6 (*bone*) : kelelahan, kelemahan

b. Diagnosa

Menurut(Sudoyo, 2012) diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasikan dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan pada pasien Dispepsia menurut SDKI (2016) adalah :

a. Nyeri akut

1) Data mayor

a) Subjektif

- Mengeluh nyeri

b) Objektif

- Tampak meringis
- Bersikap protetif (misal waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

2) Data minor

a) Subjektif

-

b) Objektif

- Tekanan darah meningkat
- Pola nafas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berpikir terganggu
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaphoresis
-

b. Nausea

1) Data mayor

a) Subjektif

- Mengeluh mual
- Merasa ingin muntah

b) Objektif

- Saliva meningkat

2) Data minor

a) Subjektif

- Merasa asam di mulut
- Sensai panas/dingin

b) Objektif

- Pucat

c. Ansietas

1) Data mayor

a) Subjektif

- Merasa bingung
- Merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi
- Sulit berkonsentrasi

b) Objektif

- Tampak gelisah
- Tampak tegang

- Sulit tidur

2) Data minor

a) Subjektif

- Mengeluh pusing
- Anoreksia
- Palpitasi
- Mengeluh tidak berdaya

b) Objektif

- Frekuensi nafas meningkat
- Frekuensi nadi meningkat
- Tekanan darah meningkat
- Diaforesis
- Tremor
- Muka tampak pucat
- Suara bergetar
- Kontak mata buruk
- Sering berkemih
- Berorientasi pada masa lalu

d. Intoleransi aktivitas

1) Data mayor

a) Subjektif

- Mengeluh lelah

b) Objektif

- Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

2) Data minor

a) Subjektif

- Dispnea saat/setelah aktivitas
- Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- Merasa lemah

b) Objektif

- Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
- Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
- Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- Sianosis

c. Intervensi

Perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Dalam teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil *berdasarkan Nursing Interventon Classification (NIC)* dan *Nursing Outcome Classification (NIC)* Perencanaan keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada, sehingga rencana tindakan dapat diselesaikan dengan *Spesifik, Mearsure, Arhievable, Rasional, Time (SMART)* selanjutnya akan diuraikan Rencana Asuhan keperawatan dari diagnosa yang ditegakka

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI (NIC)	RASIONAL
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis</p> <p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh nyeri <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Bersikap protektif (misalnya: waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur - Pola nafas berubah - Tekanan darah meningkat 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pain level <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri hebat 2. Nyeri berat 3. Nyeri sedang 4. Nyeri ringan 5. Tidak nyeri • Pain control <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sewaktu-waktu 4. Sering 5. Selalu • Comfort level <p>Dengan indikator</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan ekstremitas 2. Berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada gangguan 	<p>Management Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Memonitor tanda-tanda vital pasien 3. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan terhadap nyeri seperti adanya tanda-tanda gelisah, ekspresi wajah yang meringis 4. Memberikan posisi pasien nyaman mungkin dengan posisi simetris 5. Memberikan lingkungan yang nyaman yang mempengaruhi rasa nyeri seperti suhu ruangan, kebisingan ruangan dengan cara batasi pengunjung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perkembangan nyeri dan tanda-tanda nyeri sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya 2. Mengetahui keadaan umum pasien 3. Mengetahui respon pasien terhadap nyeri 4. Mengetahui cara penanganan nyeri yang bisa dilakukan oleh pasien 5. Membantu pasien dalam menangani nyeri yang timbul

	<p>- Nafsu makan berubah</p>	<p>Nilai yang diharapkan 4-5</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu, penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi, untuk mengurangi nyeri) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Menyatakan rasa nyaman ketika nyeri berkurang 4. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Mengajarkan pasien tentang teknik non farmakologi seperti teknik relaksasi seperti teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri jika nyeri muncul 7. Menganjurkan pasien untuk mendemonstrasikan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri 8. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan pedas asam untuk mengurangi nyeri pada pasien 9. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 10. Evaluasi keefektidan kontrolnyeri 11. Berikan terapi obat peningkatan asam lambung : Ranitidin 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Meminimalkan aktifitas simpatik dalam system saraf otonom sehingga dapat menghambat implus nyeri dari saraf pperifer ke hipotalamus, relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan produksi hormone hormone endorphin 7. Menurunkan ketegangan otot, sendi dan melancarkan peredaran sehingga dapat mengurangi nyeri 8. Menurunkan sensasi nyeri yang dialami pasien 9. Mengetahui perkembangan nyeri an menentukan intervensi selanjutnya 10. Mengevaluasi keberhasilan tindakan
--	------------------------------	---	---	---

			12. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	<p>penanganan nyeri</p> <p>11. Analgetik berfungsi sebagai depresan sistem syaraf pusat sehingga mengurangi atau menghilangkan nyeri</p> <p>12. Menentukan tindakan yang akan diberikan selanjutnya</p>
2	<p>Nausea berhubungan dengan Anoreksia</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengeluh mual, • merasa ingin muntah, • tidak berminat makan, • merasa asam dimulut, • sensasi pans/dingin, • sering menelan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • saliva meningkat, 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien melaporkan tidak mual</p> <p>NOC Label : Nausea and Vomiting Control</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat menghindari faktor penyebab nausea dengan baik • Pasien melakukan acupressure point P6 untuk mencegah mengurangi mual <p>NOC Label : Nausea & vomiting severity</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan tidak mual 	<p>NIC Label >> Nausea Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual, dan faktor yang menyebabkan pasien mual. 2. Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien, aktivitas sehari-hari, dan pola tidur pasien 3. Anjurkan makan sedikit tapi sering dan dalam keadaan hangat 4. Anjurkan pasien mengurangi jumlah makanan yang bisa menimbulkan mual. 5. Berikan istirahat dan tidur yang adekuat untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi keefektifan intervensi yang diberikan 2. Mengidentifikasi pengaruh mual terhadap kualitas hidup pasien. 3. Memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan menegah mual 4. Untuk menghindari

	<ul style="list-style-type: none"> • pucat, • diaforesis, • takikardi, • pupil dilatasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan tidak muntah • Tidak ada peningkatan sekresi saliva NIC <p>Label : Nausea</p> <p>Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual, dan faktor yang menyebabkan pasien mual. 2. Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien, aktivitas sehari-hari, dan pola tidur pasien 3. Ajurkan makan sedikit tapi sering dan dalam keadaan hangat 4. Anjurkan pasien mengurangi jumlah makanan yang bisa menimbulkan mual. 5. Berikan istirahat dan tidur yang adekuat untuk mengurangi mual 	<p>mengurangi mual</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Lakukan akupresure point P6 3 jari dibawah pergelangan tangan pasien. Lakukan selama 2-3 menit setiap 2 jam selama kemoterapi. 7. Kolaborasi pemberian antiemetik : ondansentron 4 mg IV jika mual 8. Ajarkan cara pemilihan makanan yang tepat 	<p>terjadinya mual</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Untuk menghindari efek mual 6. Membantu mengurangi efek mual dan menegah muntah 7. Menurangi mual dengan aksi sentralnya pada hipotalamus 8. Agar pasien mampu mengetahui cara memilih makanan yang tepat untuk kesehatanya
--	---	--	---	--

		<p>6. Lakukan akupresure point P6 3 jari dibawah pergelangan tangan pasien. Lakukan selama 2-3 menit setiap 2 jam selama kemoterapi.</p> <p>7. Kolaborasi pemberian antiemetik : ondansentron 4 mg IV jika mual</p> <p>8. Ajarkan cara pemilihan makanan yang tepat</p>		
3	<p>Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa bingung - Merasa khawatir - Mengeluh pusing - Anoreksia - Sulit berkonsentrasi <p>Data objektif:</p>	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrol kecemasan • Koping <p>Tingkat kecemasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat (1) - Cukup berat (2) - Sedang (3) - Ringan (4) - Tidak ada (5) <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada peningkatan tekanan darah - Tidak ada peningkatan 	<p>NIC:</p> <p>Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang menangkan 	<p>Anxiety Reduction</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengungkapkan penyebab kecemasannya sehingga perawat dapat menentukan tingkat kecemasan klien dan menentukan intervensi untuk klien selanjutnya. 2. Memberikan keamanan dan mengurangi takut 3. Mengobservasi tanda

4	<p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>DS : Pasien mengatakan letih dan lemah setelah melakukan aktivitas sehari-hari karena kesulitan bernafas, sesak nafas saat istirahat setelah beraktivitas.</p> <p>DO: Pasien terlihat letih, pasien dibantu oleh anggota keluarganya</p>	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Energy Conservation • Ectivity Tolerance • Self Care” ADLs <p>Kriteria Hasil:</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x24 jam diharapkan kondisi klien stabil saat aktivitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saturasi O₂ saat aktivitas dalam batas normal (95-100%) 2. Nadi saat aktivitas dalam batas normal (60-100x/mnt) 3. RR saat aktivitas dalam batas normal (12-20x/mnt) 4. Tekanan darah systole saat aktivitas dalam batas normal (100-120mmHg) 5. Tekanan darah diastole saat aktivitas dalam batas normal (60-80mmHg) 6. Hasil EKG dalam 	<p>NIC</p> <p>Activity Therapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk merencanakan , monitoring program aktivitasi klien. 2. Bantu klien memilih aktivitas yang sesuai dengan kondisi. 3. Bantu klien untuk melakukan aktivitas/latihan fisik secara teratur. 4. Monitor status emosional, fisik dan social serta spiritual klien terhadap latihan/aktivitas. 5. Monitor hasil pemeriksaan EKG klien saat istirahat dan aktivitas (bila memungkinkan dengan tes toleransi latihan). 6. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi, obat-obatan digitalis, diuretic dan vasodilator. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji setiap aspek klien terhadap terapi latihan yang direncanakan. 2. Aktivitas yang teralau berat dan tidak sesuai dengan kondisi klien dapat memperburuk toleransi terhadap latihan. 3. Melatih kekuatan dan irama jantung selama aktivitas. 4. Mengetahui setiap perkembangan yang muncul segera setelah terapi aktivitas. 5. EKG memberikan gambaran yang akurat mengenai konduksi jantung selama istirahat maupun aktivitas. 6. Pemberian obat antihipertensi digunakan untuk mengembalikan TD klien dbn, obat digitalis untuk mengkoreksi
---	---	--	---	---

	<p>untuk melakukan aktivitas seperti untuk ambulasi atau berpindah tempat, mandi dan toileting</p>	<p>batas normal</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Tidak nampak kelelahan 8. Tidak nampak lesu 9. Tidak ada penurunan nafsu makan 10. Tidak ada sakit kepala 11. Kualitas tidur dan istirahat dalam batas normal 	<p>Energy Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Tentukan pembatasan aktivitas fisik pada klien 8. Tentukan persepsi klien dan perawat mengenai kelelahan. 9. Tentukan penyebab kelelahan (perawatan, nyeri, pengobatan) 10. Monitor efek dari pengobatan klien. 11. Monitor intake nutrisi yang adekuat sebagai sumber energy. 12. Anjurkan klien dan keluarga untuk mengenali tanda dan gejala kelelahan saat aktivitas. 	<p>kegagalan kontraksi jantung pada gambaran EKG, diuretic dan vasodilator digunakan untuk mengeluarkan kelebihan cairan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Mencegah penggunaan energy yang berlebihan karena dapat menimbulkan kelelahan. 8. Memudahkan klien untuk mengenali kelelahan dan waktu untuk istirahat. 9. Mengetahui sumber asupan energy klien. 10. Mengetahui etiologi kelelahan, apakah mungkin efek samping obat atau tidak. 11. Mengidentifikasi pencetus kelelahan. 12. Menyamakan persepsi perawat-klien mengenai tanda-tanda kelelahan dan menentukan kapan aktivitas klien dihentikan. 13. Mencegah timbulnya sesak akibat aktivitas fisik
--	--	--	---	---

			<p>13. Anjurkan klien untuk membatasi aktivitas yang cukup berat seperti berjalan jauh, berlari, mengangkat beban berat, dll.</p> <p>14. Monitor respon terapi oksigen klien.</p> <p>15. Batasi stimuli lingkungan untuk relaksasi klien.</p> <p>16. Batasi jumlah pengunjung.</p>	<p>yang terlalu berat.</p> <p>14. Mengetahui efektifitas terapi O2 terhadap keluhan sesak selama aktivitas.</p> <p>15. Menciptakan lingkungan yang kondusif untuk klien beristirahat</p> <p>16. Memfasilitasi waktu istirahat klien untuk memperbaiki kondisi klien.</p>
--	--	--	--	--

1. Implementasi

Implementasi keperawatan yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2014).

Implementasi menuangkan rencana asuhan kedalam tindakan. Setelah rencana dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat. Rencana keperawatan dilaksanakan sesuai intervensi. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai peningkatan kesehatan baik yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dan rujukan (Bulechek & McCloskey: dikutip dari Potter, 2014).

2. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Potter & Perry, 2014). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), P (Perencanaan terhadap analisis). Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan.

BAB III

METODOLOGI PEELITIAN

A. Pendekatan / Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan dispepsia di puskesmas perawatan padang guci Bengkulu.

Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan dispepsia di puskesmas perawatan padang guci Bengkulu adalah individu yang mengalami masalah dalam pencernaannya. Adapun subjek penelitian yang akan diteliti berjumlah satu orang dengan satu kasus dengan masalah keperawatan dispepsia.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan ini dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan yang diperlukan oleh penerima asuhan keperawatan (pasien) yang tahapannya terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
2. Pasien adalah orang yang menerima perawatan medis atau asuhan keperawatan yang dipenuhi kebutuhannya dengan tahapan asuhan keperawatan.
3. Dispepsia didefinisikan sebagai rasa nyeri atau tidak nyaman disekitar ulu hati. Pasien Dispepsia ini biasanya datang dengan keluhan lain, yaitu dari mual

sampai muntah. Selain itu, keluhan-keluhan lain seperti kembung, cepat kenyang, nafsu makan berkurang, dan sering sendawa juga biasanya muncul (Abdullah M, 2012).

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di puskesmas perawatan padang guci Bengkulu. ini menerima pasien – pasien dengan gangguan pada pencernaan, contohnya gastritis, dispepsia dan diare.

E. Prosedur Penelitian

Penelitian ini diawali dengan penyusunan usulan penelitian atau proposal dengan menggunakan metode study kasus berupa laporan teori asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dispepsia Di Puskesmas Perawatan padang guci Tahun 2019. Setelah disetujui oleh penguji proposal maka penelitian dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data penelitian berupa hasil pengukuran, observasi, dan wawancara terhadap pasien yang dijadikan subjek penelitian.

F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik pengumpulan data
 - a. Wawancara (hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga, riwayat psikologi, pola-pola fungsi kesehatan). (sumber data bisa dari klien, keluarga, perawat lainnya).
 - b. Observasi dan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, pemeriksaan integumen, pemeriksaan kepala leher, pemeriksaan dada, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan genetalia, anus, pemeriksaan ekstremitas. Data fokus yang harus didapatkan adalah pemeriksaan abdomen.

c. Studi dokumentasi dan integumen dilakukan dengan melihat dari data MR (*Medikal Record*), melihat pada status pasien, melihat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawat, memeriksa hasil pemeriksaan diagnostik.

2. Instrumen pengumpulan data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang ada di prodi DIII Keperawatan Bengkulu.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian dari yang baku dari kampus, yang dilakukan 6 jam sesuai jadwal dinas perawat di puskesmas perawatan ipuh selama 3 hari berturut-turut. pengumpulan data dilakukan pada catatan medis/status pasien, pasien langsung, keluarga, dokter, dan perawat ruangan agar mendapatkan data yang valid. Disamping itu, untuk menjaga validitas dan keabsahan data penelitian melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data – data pasien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder.

H. Analisa Data

Analisa data dilakukan dengan menyajikan hasil pengkajian yang dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Selanjutnya hasil pengumpulan data pengkajian di analisis dengan membandingkan dengan teori yang telah disusun pada BAB sebelumnya (BAB II) untuk mendapatkan masalah keperawatan yang digunakan untuk menyusun tujuan dan intervensi. Selanjutnya intervensi dilakukan kepada pasien sesuai rencana-rencana yang telah disusun (Implementasi). Hasil implementasi dianalisis untuk mengevaluasi kondisi pasien apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian, dimodifikasi atau diganti dengan masalah keperawatan yang lebih relevan. Hasil pengkajian, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi di tuangkan dalam bentuk narasi pada bab pembahasan yang

dibandingkan dengan teoro-teori yang sudah disusun sebelumnya untuk menjawab tujuan penelitian.

Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan study dokumentasi yang menghabiskan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Pengkajian dilakukan tanggal 1 Juli 2019 jam 08.20 WIB di Ruang rawat inap Puskesmas Padang Guci, didapat hasil identitas Ny. E, umur 25 tahun, agama Islam, suku bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMA, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Dusun Rigangan Padang Guci. Penanggung jawab adalah Tn Y, Umur 27 tahun, pendidikan SMA, alamat Ringgani Padang Guci dan hubungan pasien dengan penanggung jawab adalah suami dari pasien.

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien datang kerumah sakit, dengan keluhan nyeri ulu hati sampai kebelakang dan disertai muntah.

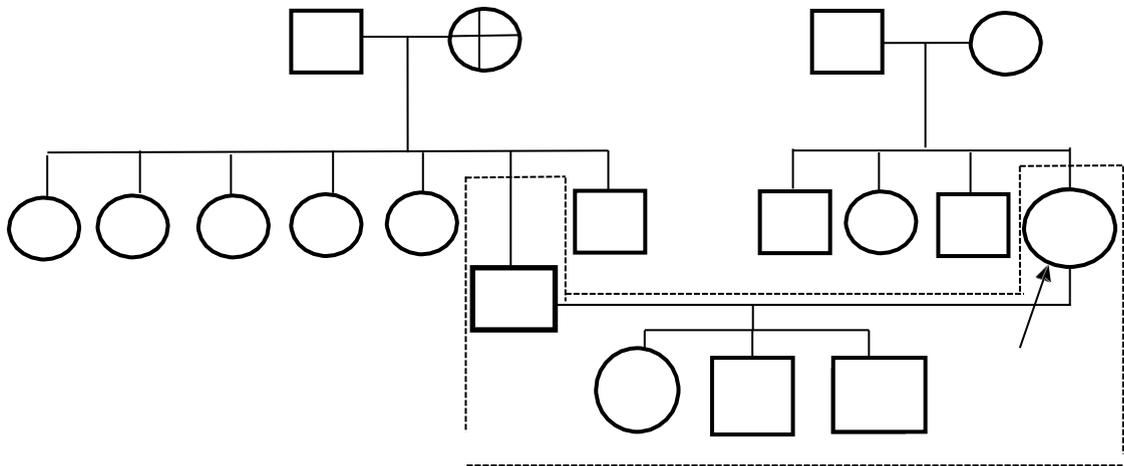
b. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 1 Juli 2019 pasien mengatakan nyeri pada ulu hati. Keadaan ini dirasakan pasien \pm 1 hari yang lalu. Pasien tampak meringis kesakitan memegang perutnya dengan pengkajian nyeri, P: Nyeri dirasakan pasien ketika perut sedang kosong dan setelah makan, Q: Nyeri dirasakan pasien seperti terbakar, R : Nyeri dirasakan pasien pada epigastrium, S : Skala nyeri 6, T : Nyeri dirasakan pasien tidak tentu waktunya.

c. Riwayat kesehatan masa lalu

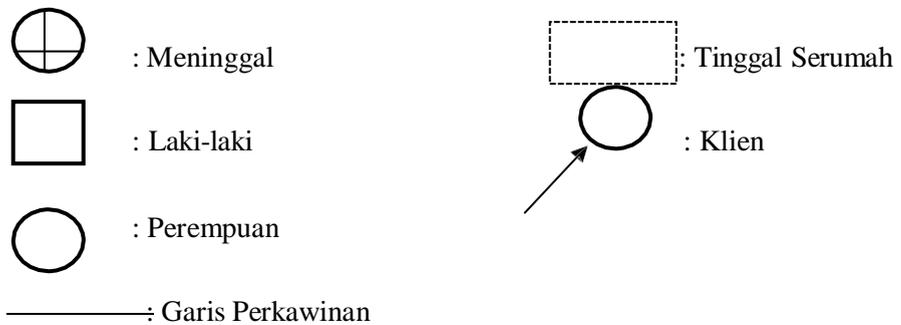
Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi, riwayat penyakit DM (*Diabetes melitus*) dan hipertensi dan penyakit infeksi lainnya. Pasien mengatakan baru pertama kali dirawat di rumah sakit.

d. Riwayat kesehatan keluarga



Gambar 3.1 Genogram

Ket :



e. Riwayat keluarga

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan pola makannya tidak teratur, pasien juga sering sekali tidak makan, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat merokok, minum alkohol, pasien tinggal di daerah

yang bersih, jauh dari tempat pembuangan sampah dan sungai. Anggota keluarga pasien tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit Dispepsia, hepatitis, DM(diabetes melitus), TB paru dan penyakit menular lainnya.

Tabel 3.1 Pola kebiasaan

	POLA KEBUTUHAN DASAR MANUSIA	Pola kebiasaan	
		Sebelum sakit	Di rumah sakit
1.	KEBUTUHAN OKSIGENISASI <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan Batuk (kering/berdahak) • Apakah ada produksi sputum • Kemampuan bernafas (susah/tidak) • Apakah ada nyeri dada • Apakah ada kesulitan bernafas • Keluhan pemenuhan kebutuhan oksigenisasi 	Tidak ada Tidak ada Baik tidak ada tidak ada tidak ada	Tidak ada Tidak ada Baik tidak ada tidak ada tidak ada
2.	KEBUTUHAN NUTRISI DAN CAIRAN <p>a. Makan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi makan/hari • Nafsu makan baik/tidak Alasan..... • Porsi makan yang dihabiskan • Makan yang tidak disukai • Makanan yang membuat alergi • Makanan pantangan • Penggunaan alat bantu (NGT, dll) • Keluhan pemenuhan kebutuhan nutrisi <p>b. Minum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi minum/hari • Jenis minuman • Jumlah minum/hari • Kemampuan menelan • Masalah pemenuhan kebutuhan cairan 	3x sehari Baik 1 porsi Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada	3x sehari Tidak, adanya mual muntah 3-4 sendok Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Ada, Gangguan mual muntah
3.	KEBUTUHAN ELIMINASI <p>a. ELIMINASI B.A.K</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi BAK/hari • Warna urine • Bau urine • Jumlah Urine 	7-8 x/hari Kuning jernih Amoniak 3000 cc/hari	5-6 x'hari Kuning jernih Amoniak 2500 cc/hari

	<ul style="list-style-type: none"> • Apakah ada nyeri saat BAK • Apakah ada kesulitan memulai BAK • Apakah ada urine menetes • Keluhan/Gangguan BAK • Penggunaan alat bantu (kateter,dll) <p>b. Eliminasi B.A.B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi BAB • Warna Feces • Bau Feces • Konsistensi Feces • Keluhan/Gangguan BAB • Penggunaan Laxatif 	<p>Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada</p> <p>1x sehari Kuning coklat Khas Lunak Tidak ada Tidak ada</p>	<p>Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada</p> <p>1x sehari Kuning coklat Khas Lunak Tidak ada Tidak ada</p>	
4.	KEBUTUHAN AKTIVITAS/MOBILISASI	<ul style="list-style-type: none"> • Apakah ada perasaan lemah otot • Apakah ada keterbatasan pergerakan • Bagaimana pemenuhan personal hygiene • Kemampuan berjalan • Kemandirian Pemenuhan makan • Kemandirian pemenuhan eliminasi • Adakah sesak/pusing/lelah setelah beraktifitas • Keluhan pemenuhan kebutuhan aktivitas dan mobilisasi 	<p>Tidak ada Tidak ada Baik Baik Mandiri Mandiri Tidak ada Tidak ada</p>	<p>Tidak ada Tidak ada Baik Baik Mandiri Mandiri Tidak ada Tidak ada</p>
5	KEBUTUHAN RASA NYAMAN	<ul style="list-style-type: none"> • (P) Apakah hal pencetus nyeri • (Q) Bagaimana kualitas nyeri yang dirasakan • (R) Dimana lokasi dan penyebaran nyeri • (S) Berapa skala nyeri (0-10, 10 sangat nyeri) • (T) Berapa lama waktu (durasi) perasaan tidak nyaman • Apakah ada demam/menggigil/berkeringat 		<p>P : nyeri dirasakan saat perut kosong dan setelah makan Q : nyeri dirasakan sepeerti terbakar R : nyeri dirasakan daerah ulu hati (epigastrium) S: Skala nyeri 6 T : nyeri dirasakan hilang timbul</p>

3. Pemeriksaan fisik

Pada saat dilakukan pengkajian pada pasien yang pertama dilakukan pemeriksaan secara umum. Pasien tampak lemah, berat badan pasien ketika ditimbang 58 kg, tinggi badan 163 cm, tekanan darah 110/70 mmhg, nadi 80x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit dan suhu 37,0°C.

a) Sistem penglihatan :

Posisi mata klien simetris kiri dan kanan, pergerakan bola mata klien tidak ada masalah dan mampu mengerakan kesegala arah, konjungtiva tidak ada ikterik dan tampak anemis, fungsi penglihatan baik dengan nilai visus 6/6, reaksi terhadap cahaya pupil mata klien mengecil dengan nilai 2/2 dan reflek cahaya positif (+/+).

b) Sistem pendengaran :

Daun telinga klien normal simetris kiri dan kanan, kondisi telinga tengah membrane timpani utuh dan bersih tidak ada tanda-tanda infeksi, klien tidak ada mendengar berdenging dikedua telinga klien, fungsi pendengaran klien mampu mendengar dengan baik pada kedua telinga, dan tidak ada pemakaian alat bantu dengar.

c) Sistem wicara

Tidak ada masalah pada komunikasi klien.

d) Sistem pernapasan :

Jalan napas tidak terdapat sumbatan jalan napas, pada saat auskultasi suara napas vasikuler, pasien tidak mengalami batuk, dan tidak terdapat sputum, dengan frekuensi napas 20x/menit, pernafasan pasien dangkal dan cepat dan pernafasan teratur.

e) Sistem kardiovaskuler

Frekuensi nadi klien 80x/m dengan irama teratur, tekanan darah 110/70 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit 36°C akral hangat, pasien tidak mengalami nyeri dada dan pada saat diauskultasi suara 1 dan 2 terdengar dan tidak terdapat suara tambahan, pada sirkulasi perifer pasien terlihat tidak terdapat sianosis, dan *capillary refill* pasien dapat kembali kurang dari 3 detik.

f) Sistem syaraf pusat :

Klien tidak ada mengeluh sakit kepala, kesadaran klien Compos mentis dengan glasgow coma scale mata 4, verbal 5, motorik 6 (15), tidak terdapat tanda-tanda peningkatan TIK seperti sakit kepala, mual, muntah dan pelinghatan ganda, tidak ada gangguan persyarafan

a. Pemeriksaan reflek :

- 1) Reflek fisiologis : Normal
- 2) Reflek patologis : Tidak di temukan reflek yang yang abnormal.

3) Pemeriksaan nervus I-XII

- a) Nervus I : Klien mampu mengenalkan bau-bauan dengan baik.
- b) Nervus II : Tidak ada masalah pada penglihatan klien dan hasil visus 6/6.
- c) Nervus III : Klien dapat menggerakkan bola mata dan konjungtiva dan reflek pupil positif.
- d) Nervus IV : Klien dapat menggerakkan bola mata ke bawah dan kedalam.
- e) Nervus V : Klien dapat mengunyah, menggerakkan lidah dan gigi dan terdapat reflek mengedip saat di sentuk kornea mata klien.

- f) Nervus VI : Klien mampu menggerakkan mata ke arah lateral
 - g) Nervus VII : Klien mampu melakukan senyum, bersiul, mengikat alis mata, menutup kelopak mata.
 - h) Nervus VIII : Tidak ada gangguan keseimbangan yang abnormal dan klien dapat mendengar dengan baik
 - i) Nervus IX : Klien mampu membedakan rasa yang di berikan.
 - j) Nervus X : Reflek muntah klien positif.
 - k) Nervus XI : Klien mampu menggerakkan bahu dengan tahanan.
 - l) Nervus XII : Klien mampu menggerakkan lidah kesegala arah.
- g) Sistem pencernaan.
- Kebersihan mulut klien baik, gigi lengkap, didapatkan mukosa bibir kering dan kotor, gigi terdapat caries, tidak terdapat stomatis, lidah terlihat kotor, pasien terlihat muntah 2x. Pada saat dilakukan palpasi pada abdomen terjadi distensi, dan tidak ada nyeri lepas tekan pada bagian abdomen. tidak ada pembesaran hepar, warna kulit pada sekitar abdomen normal sama pada warna sekitar, pada pemeriksaan auskultasi terdengar timpani pada 4 kuadran.
- h) Sistem endokrin
- Tidak terdapat pembesaran tiroid, tidak tercium napas berbau keton dan tidak terdapat luka ganggren pada tubuh klien.

- i) Sistem urogenital
Produksi urine pasien 2500cc/hari warna kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan klien tidak ada mengeluh nyeri pada saat berkemih.
- j) Sistem lategumen
Pemeriksaan sistem integumen didapatkan turgor kulit pasien elastis, warna kulit pasien merata, temperatur suhu tubuh 37,0oC, warna kulit sawo matang, kadaan kuit tidak ada luka dan bekas operasi, tidak ada kelainan pada kulit klien, pada pemasangan infus tidak terdapat tanda-tanda infeksi, keadaan rambut halus dan lurus, rambut klien tidak bauk.
- k) Sistem muskuloskeletal.
Keadaan umum pasien lemah, tidak ada kesulitan dalam bergerak, klien mampu mengerakkan semua ekstremitas, tidak ada keluhan sakit pada tulang dan sendi, tidak ada fraktur, tidak ada masalah pada tonus otot klien dengan kekuatan otot

4444	4444
4444	
4444	4444

Tabel 3.2 Pemeriksaan penunjang

Tanggal pemeriksaan	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
1 Juli 2019	Hemoglobin	11,6	Dl	12-14 / dl
	Leukosit	7.000	ul	5.000-10.000
	Trombosit	250.000	ul	150.000-400.000/ul
	Hematokrit	39	%	36-46
	Ureum	69	Mg/dl	20 – 40
	Creatinin	0.8	Mg/dl	0.5 – 1,2
	Gula darah sewaktu	126	Mg/dl	70 – 120
	Gula darah puasa	100		70 – 110

Tanggal pemeriksaan	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
2 Juli 2019	Hemoglobin	12,1	Dl	12-14 / dl
	Leukosit	10.600	ul	5.000-10.000
	Trombosit	382.000	ul	150.000-400.000/ul
	Hematokrit	36,7	%	36-46
	Ureum	40,1	Mg/dl	20 – 40
	Creatinin	0,8		0.5 – 1,2

Tabel 3.3 Terapi Obat

Obat	Dosis/cara	Jam pemberian
IVFD RL **/m	20 tpm	13.00
Obat parenteral		
-Ranitidin	2x1 (ampul)/IV	15.00
-Cefotaxime	2x1 (ampul)/IV	15.00
-keterolac	2x1 (ampul)/IV	15.00
-Sucralfate	3x1 (sendok)/oral	15.00

Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bagian ulu hati seperti bakar. - Pasien mengatakan nyerinya hilang Timbul - Pasien mengatakan rasa nyeri pada bagian ulu hati ketika perut kosong dan selesai makan. - Pengkajian Nyeri <ul style="list-style-type: none"> • P : Nyeri dirasakan pasien ketika perut sedang kosong dan setelah makan • Q : Nyeri dirasakan pasien seperti terbakar • R : Nyeri dirasakan pasien pada epigastrium • S : Skala nyeri 6 • T : Nyeri dirasakan pasien tidak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis kesakitan - pasien tampak focus pada diri sendiri - Pasien tampak sedang memegang bagian ulu hati yang terasa nyeri - Skala nyeri 6 	<p>Iritasi mukosa lambung</p>	<p>Nyeri akut</p>
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Keluarga pasien mengatakan pasien makan hanya 4-5 sendok makan yang di berikan dirumah sakit. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Terjadi perubahan selera makan - Pasien tampak berbaring ditempat tidur. - pasien kurang minat pada makanan - Terjadinya perubahan selera makan - Makanan yang diberikan dari rumah - Sakit terlihat tidak dihabiskan - Adanya sensasi mual 	<p>Nausea</p>	<p>Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>

B. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung.
2. Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nausea

C. Perencanaan

Tabel 3.5 Perencanaan Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI (NIC)	RASIONAL

	<p>Nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa lambung.</p>	<p>NOC:</p> <p>Kontrol Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Sering menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan <p>Nilai yang diharapkan: 4-5</p> <p>Tingkat nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Cukup berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada 	<p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, ka rakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi. 2. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan. 3. Ajarkan tentang teknik non farmakologi. 4. Berikan analgetik ranitidine untuk mengurangi nyeri. 5. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. 6. Tentukan analgesik pilihan, rute, pemberian, dan dosis optimal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perkembangan nyeri dan tanda-tanda nyeri sehingga dapat menentukan intervensi selanjunya. 2. Menurunkan rasa nyeri pasien. 3. Menurunkan ketegangan otot, sendi, dan melancarkan peredaran sehingga dapat mengurangi nyeri. 4. Analgetik berfungsi sebagai depresan sistem syaraf pusat sehingga mengurangi atau menghilangkan nyeri. 5. Mengetahui perkembangan nyeri dan tanda-tanda nyeri sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya. 6. Memberikan obat yang sesuai dengan yang dibutuhkan oleh pasien.
--	---	--	--	--

		<p>Nilai yang diharapkan 4-5</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu, penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi, untuk mengurangi nyeri,) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 3. Menyatakan rasa nyaman ketika nyeri berkurang 4. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali 8. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat. 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Mempercepat proses kerja obat yang diberikan. 8. Melihat efek dari obat yang diberikan.
--	--	---	---	---

2	Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh behubungan nausea	<p>Status Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adekuat 2. Sedikit adekuat 3. Cukup adekuat 4. Adekuat 5. Sangat adekuat <p>Nilai yang di harapkan 4-5.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningk atan berat badan 2. Makanan oral, pemberian makan an lewat selang, atau nutrisi parenteral total 3. Asupan cairan oral atau IV 	<p>Manajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji alergi pada pasien 2. Tanyakan makanan kesukaan pasien 3. Memonitor adanya penurunan BB 4. Anjurkan masukan kalori yang tepat yang sesuai dengan kebutuhan energy 5. Sajikan diit dalam keadaan hangat 6. Observasi keadaan kulit dan memberan mukosa yang kering , turgor kulit, konjungtiva 7. Anjurkan pasien untuk oral hygiene <p>Pemantauan nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya penurunan BB 2. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan 3. Ciptakan lingkungan nyaman selama klien makan 4. Jadwalkan pengobatan dan tindakan selama jam makan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan intervensi yang sesuai dan tepat kepada pasien 2. Memampukan pasien untuk memilih makanan yang dapat dinikmati 3. Berat badan pasien 50kg 4. Menambahkan diet yang tepat bagi pasien 5. Makanan yang hangat menambah nafsu makan pasien 6. Mengidentifikasi tanda tanda malnutrisi 7. Meningkatkan nafsu makann <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan BB menunjukkan malnutrisi 2. Menentukan kebutuhan energy yang dibutuhkan 3. Lingkungan yang bersih dan tidak bau memberikan kenyamanan pada klien saat makan 4. Memberikan waktu istirahat saat makan klien
---	--	--	---	---

			<ol style="list-style-type: none">5. Monitor kulit (kering), turgor kulit, kuku bergerigi dan perubahan pigmentasi bengkak gusi6. Monitor mual dan muntah7. Menentukan apakah pasien membutuhkan diet khusus8. Monitor kadar limfosit dan elektrolit	<ol style="list-style-type: none">5. Adanya perubahan pigmentasi, penurunan turgor kulit, menunjukkan kekurangan cairan dan kurang nutrisi6. Gejala GI dapat menunjukkan kekurangan efek anemia hipoksia pada organ7. Menentukan diet yang tepat8. Melihat keefektifan diet klien
--	--	--	---	--

D. Implementasi

IMPLEMENTASI I

Tgl	Jam	NO DX	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
1 Juli 2019	14.00	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji nyeri secara kompeherensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi. 2. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan. 3. Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 4. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi : teknik tarik napas dalam 5. Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 6. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. 7. Memonitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali Sebelum TD :110/70 mmhg Sesudah TD :110/80 mmhg 8. Memberikan analgesik tepat waktu terutama 	<ol style="list-style-type: none"> 1. P : Nyeri dirasakan pasien ketika perut sedang kosong dan setelah makan Q : Nyeri dirasakan pasien seperti terbakar R : Nyeri dirasakan pasien pada epigastrium S : Skala nyeri 6 T : Nyeri dirasakan pasien tidak tentu waktunya 2. Lingkungan hangat tidak terlalu dingin dan pencahayaan cukup 3. Nyeri dirasakan seperti tersayat, nyeri dirasakan di abdomen sebelah kanan 4. Pasien tampak sedikit rileks dan nyeri sedikit berkurang 5. Pasien tampak sedikit tenang dan tidur ditempat tidur 6. Nyeri dirasakan diabdomen kuadran ke 2 sebelah kanan atas, skala nyeri 6 7. Tekanan darah 110/70 mmhg, Nadi 80x/menit, Frekuensi pernafasan 20x/menit, Suhu 37°C Sebelum TD :110/70 mmhg Sesudah TD :110/80 mmhg 8. Mendapatkan injeksi ondansentron 1 ampul, 	

	15.00	2	<p>saat nyeri hebat Obat : keterolac 1 amp</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendorong pasien untuk mengatasi mual secara mandiri (jika terjadi mual) 2. mengkaji adanya alergi: tidak ada alergi 3. Memonitor adanya penurunan BB 4. Menyajikan diit dalam keadaan hangat 5. Mengobservasi keadaan kulit dan membran mukosa, turgor kulit, konjungtiva, lidah 6. menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering 7. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan berlemak 8. Menganjurkan pasien untuk makan selingan dengan mengkonsumsi : biscuit,roti, the hangat 9. Anjurkan pasien untuk oral hygiene. 	<p>keterolac 1 ampul dan pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengerti dan memahami akan mengatasi mual secara mandiri 2. Tidak adanya tanda-tanda alergi 3. Tidak adanya penurunan BB 4. Makanan/diit yang di sajikan dalam kondisi hangat 5. Turgor kulit baik, membrane mukosa kering, konjungtiva anemis, lidah sedikit kotor 6. Keluarga memberikan pasien makanan sedikit tapi sering 7. Pasien dan keluarga mengerti tidak memberikan makanan berlemak 8. Keluarga memberikan makanan selingan roti 9. Pasien melakukan oral hygiene 1x sehari 	
--	-------	---	---	--	--

IMPLEMENTASI II

Tgl	Jam	NO DX	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
2 Juli 2019	14.00	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi. 2. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan. 3. Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 4. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi : teknik tarik napas dalam 5. Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 6. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. 7. Memonitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali. Sebelum TD :110/80 mmhg Sesudah TD :120/80 mmhg 8. Memberikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat. Obat : keterolac 1 amp 	<ol style="list-style-type: none"> 1. P : Nyeri dirasakan pasien ketika perut sedang kosong dan setelah makan Q : Nyeri dirasakan pasien seperti melilit R : Nyeri dirasakan pasien pada epigastrium S : Skala nyeri 4 T : Nyeri dirasakan pasien tidak tentu waktunya 2. Lingkungan hangat tidak terlalu dingin dan pencahayaan cukup 3. Nyeri dirasakan seperti tersayat, nyeri dirasakan di abdomen sebelah kanan 4. Pasien tampak sedikit rileks dan nyeri sedikit berkurang 5. Pasien tampak sedikit tenang dan tidur ditempat tidur 6. Nyeri di rasakan di abdomen kuadran ke 2 sebelah kanan atas, skala nyeri 4 7. Tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, Frekuensi pernafasan 20x/menit, Suhu 36,4°C □ Sebelum TD :110/80 mmhg □ Sesudah TD :120/80 mmhg 8. Mendapatkan injeksi ondansentron 1 ampul, keterolac 1 ampul dan pasien mengatakan nyeri berkurang 	

	15.00	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendorong pasien untuk mengatasi mual secara mandiri (jika terjadi mual) 2. mengkaji adanya alergi: tidak ada alergi 3. Memonitor adanya penurunan BB 4. Menyajikan diit dalam keadaan hangat 5. Mengobservasi keadaan kulit dan membran mukosa, turgor kulit, konjungtiva, lidah 6. menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering 7. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan berlemak 8. Menganjurkan pasien untuk makan selingan dengan mengkonsumsi : biscuit,roti, the hangat 9. Anjurkan pasien untuk oral hygiene. 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Pasien mengerti dan memahami akan mengatasi mual secara mandiri 11. Tidak adanya tanda-tanda alergi 12. Tidak adanya penurunan BB 13. Makanan/diit yang di sajikan dalam kondisi hangat 14. Turgor kulit baik, membrane mukosa kering, konjungtiva anemis, lidah sedikit kotor 15. Keluarga memberikan pasien makanan sedikit tapi sering 16. Pasien dan keluarga mengerti tidak memberikan makanan berlemak 17. Keluarga memberikan makanan selingan roti 18. Pasien melakukan oral hygiene 1x sehari 	
--	-------	---	--	--	--

IMPLEMENTASI III

Tgl	Jam	NO DX	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
3 Juli 2019	19.00	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi. 2. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan. 3. Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 4. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi : teknik tarik napas dalam 5. Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 6. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. 7. Memonitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sebelum TD :110/80 mmhg <input type="checkbox"/> Sesudah TD :120/80 mmhg 8. Memberikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obat : keterolac 1 amp 	<ol style="list-style-type: none"> 1. P : Nyeri dirasakan pasien ketika perut sedang kosong dan setelah makan Q : Nyeri dirasakan pasien seperti tersentrum R : Nyeri dirasakan pasien pada epigastrium S : Skala nyeri 3 T : Nyeri dirasakan pasien tidak tentu waktunya 2. Lingkungan hangat tidak terlalu dingin dan pencahayaan cukup 3. Nyeri dirasakan seperti tersayat, nyeri dirasakan diabdomen sebelah kanan 4. Pasien tampak sedikit rileks dan nyeri sedikit berkurang 5. Pasien tampak sedikit tenang dan tidur ditempat tidur 6. Nyeri dirasakan diabdomen kuadran ke 2 sebelah kanan atas, skala nyeri 5 7. Tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, Frekuensi pernafasan 20x/menit, Suhu 36,5°C <input type="checkbox"/> Sebelum TD :110/80 mmhg <input type="checkbox"/> Sesudah TD :120/80 mmhg 8. Mendapatkan injeksi ondansentron 1 ampul, keterolac 1 ampul dan pasien mengatakan nyeri berkurang. 	

	20.00	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendorong pasien untuk mengatasi mual secara mandiri (jika terjadi mual) 2. mengkaji adanya alergi: tidak ada alergi 3. Memonitor adanya penurunan BB 4. Menyajikan diit dalam keadaan hangat 5. Mengobservasi keadaan kulit dan membran mukosa, turgor kulit, konjungtiva, lidah 6. menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering 7. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan berlemak 8. Menganjurkan pasien untuk makan selingan dengan mengkonsumsi : biscuit,roti, the hangat 9. Anjurkan pasien untuk oral hygiene. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengerti dan memahami akan mengatasi mual secara mandiri 2. Tidak adanya tanda-tanda alergi 3. Tidak adanya penurunan BB 4. Makanan/diit yang di sajikan dalam kondisi hangat 5. Turgor kulit baik, membrane mukosa kering, konjungtiva anemis, lidah sedikit kotor 6. Keluarga memberikan pasien makanan sedikit tapi sering 7. Pasien dan keluarga mengerti tidak memberikan makanan berlemak 8. Keluarga memberikan makanan selingan roti 9. Pasien melakukan oral hygiene 1x sehari 	
--	-------	---	--	---	--

E. Evaluasi

EVALUASI I

No Dx	Tanggal	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1	1 Juli 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi. 2. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan. 3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi: tarik napas dalam 4. Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri Obat : keterolac 1 amp 5. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. 6. Menentukan analgesik pilihan, rute, pemberian, dan dosis optimal. 7. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali. 8. Memberikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa nyeri. <p>P : Nyeri dirasakan pasien ketika perut sedang kosong dan setelah makan</p> <p>Q : Nyeri dirasakan pasien seperti terbakar</p> <p>R : Nyeri dirasakan pasien pada epigastrium</p> <p>S : Skala nyeri 6 (nyeri sedang).</p> <p>T : Nyeri dirasakan pasien tidak tentu waktunya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien terlihat nyaman dengan pencahayaan yang cukup dan suasana yang tenang. - Pasien terlihat sedikit merasa lebih rileks - Pasien tampak sedikit lebih tenang. - Pasien tampak memegang perut bagian atas - Pasien diberikan obat sucralfate sirup, ranitidin, keterolac. <p>Tanda vital pasien, TD :</p> <p>110/70 mmHg N :</p> <p>80X/menit</p>	

		Obat : keterolac 1 amp	s : 37,0°C A: nyeri masi dirasakan,Pengendalian nyeri: 2 (jarang) dan tingkat Nyeri: 5 (sedang).	
2	1 Juli 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendorong pasien untuk mengatasi mual secara mandiri (jika terjadi mual) 2. mengkaji adanya alergi: tidak ada alergi 3. Memonitor adanya penurunan BB 4. Menyajikan diit dalam keadaan hangat 5. Mengobservasi keadaan kulit dan membran mukosa, turgor kulit, konjungtiva, lidah 6. menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering 7. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan berlemak 8. Menganjurkan pasien untuk makan selingan dengan mengkonsumsi : biscuit,roti, the hangat 9. Anjurkan pasien untuk oral hygiene. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mual dan muntah dirasakan pada pagi hari - Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan ataupun obat-obatan. - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Keluarga pasien mengatakan makanan yang diberikan dirumah sakit tidak dihabiskan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lemah - Makanan yang disediakan dari rumah sakit dihidangkan hangat. - Membran mukosa pasien kering. - Pasien sudah melakukan oral hygiene dibantu oleh Keluarga - Terjadi perubahan selera makan - Bising usus hiperaktif <p>A : Status nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

EVALUASI II

No Dx	Tanggal	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1	2 Juli 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi. 2. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan 3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi. 4. Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 5. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. 6. Menentukan analgesik pilihan, rute, pemberian, dan dosis optimal. 7. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali. 8. Memberikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa nyeri. <p>P : Nyeri dirasakan pasien ketika perut sedang kosong dan setelah makan</p> <p>Q : Nyeri dirasakan pasien seperti terbakar</p> <p>R : Nyeri dirasakan pasien pada epigastrium</p> <p>S : Skala nyeri 5 (nyeri sedang).</p> <p>T : Nyeri dirasakan pasien tidak tentu waktunya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien terlihat nyaman dengan pencahayaan yang cukup dan suasana yang tenang. - Pasien terlihat sedikit merasa lebih rileks - Pasien tampak sedikit lebih tenang. - Pasien tampak memegang perut bagian atas - Pasien diberikan obat sucralfate sirup, ranitidin, keterolac. <p>Tanda vital pasien, TD :</p> <p>110/80 mmHg N :</p> <p>80X/menit</p> <p>P :20x/menit s :</p> <p>36,7°C</p> <p>A: nyeri masi dirasakan, Pengendalian nyeri: 3 (ka</p>	

			dang-kadang) dan tingkat Nyeri: 5 (sedang). P : Intervensi dilanjutkan	
2	2 Juli 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendorong pasien untuk mengatasi mual secara mandiri (jika terjadi mual) 2. mengkaji adanya alergi: tidak ada alergi 3. Memonitor adanya penurunan BB 4. Menyajikan diit dalam keadaan hangat 5. Mengobservasi keadaan kulit dan membran mukosa, turgor kulit, konjungtiva, lidah 6. menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering 7. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan berlemak 8. Menganjurkan pasien untuk makan selingan dengan mengkonsumsi : biscuit,roti, the hangat 9. Anjurkan pasien untuk oral hygiene. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mual dan muntah dirasakan pada pagi hari - Pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik. - Keluarga pasien mengatakan makanan yang diberikan dirumah sakit dihabiskan dengan porsi ½ piring <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lemah - Makanan yang disediakan dari rumah sakit dihidangkan hangat. - Membran mukosa pasien kering. - Pasien sudah melakukan oral hygiene dibantu oleh Keluarga - Terjadi peningkatan selera makan <p>A : Status nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

EVALUASI III

No Dx	Tanggal	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1	3 Juli 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi. 2. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan 3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi. 4. Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 5. Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. 6. Menentukan analgesik pilihan, rute, pemberian, dan dosis optimal. 7. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali. 8. Memberikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa sedikit nyeri <p>P : Nyeri dirasakan pasien ketika perut sedang kosong dan setelah makan Q : Nyeri dirasakan pasien seperti tersentrum R : Nyeri dirasakan pasien pada epigastrium</p> <p>S : Skala nyeri 3 T : Nyeri hampir tidak dirasakan lagi</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak menahan kesakitan - Pasien terlihat segar - Pasien terlihat sudah bisa pergi ke kamar mandi sendiri <p>TD : 120/80 mmHg N : 80X/menit P : 20x/menit s : 36,5°C</p> <p>A : Nyeri tidak dirasakan lagi</p> <p>pengendalian nyeri : 5 (selalu), dan tingkat nyeri 4 (nyeri ringan)</p> <p>P : Intervensi dihentikan, persiapan pasien pulang</p>	

2	3 Juli 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendorong pasien untuk mengatasi mual secara mandiri (jika terjadi mual) 2. mengkaji adanya alergi: tidak ada alergi 3. Memonitor adanya penurunan BB 4. Menyajikan diit dalam keadaan hangat 5. Mengobservasi keadaan kulit dan membran mukosa, turgor kulit, konjungtiva, lidah 6. menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering 7. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan berlemak 8. Menganjurkan pasien untuk makan selingan dengan mengkonsumsi : biscuit,roti, the hangat 9. Anjurkan pasien untuk oral hygiene. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mual dan muntah tidak dirasakan lagi - Pasien mengatakan sudah nafsu makan - Keluarga pasien mengatakan makanan yang diberikan dirumah sakit dihabiskan dengan porsi 1 piring <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat segar - Makanan yang disediakan dari rumah sakit dihidangkan hangat. - Membran mukosa pasien lembab, turgor kulit baik, tidak ada edema, konjungtiva anemis. - terjadi peningkatan selera makan - bising usus normal - tidak adanya lagi rasa sensai mual - Pasien sudah melakukan oral hygiene sendiri. <p>A : Status nutrisi sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, persiapan pasien pulang.</p>	
---	----------------	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Bab ini penulis akan membahas tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Dispepsia di ruang perawatan Puskesmas padang Guci Tahun 2019”. Dalam melakukan asuhan keperawatan telah diterapkan proses keperawatan sesuai teori yang ada, dimana proses keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, intervensi, implemetasi dan evaluasi. Prinsip pada pembahasan ini akan memfokuskan pada kebutuhan dasar manusia didalam asuhan keperawatan, penulis akan membahas diagnosa keperawatan utama dengan alasan paling aktual karena harus terlebih dahulu di tangani.

Pada tahap pengkajian awal, data penting yang harus ditemukan pada klien dengan Dispepsia adalah keluhan masuk rumah sakit. Gejala klinis khas yang ditemukan pada penderita Dispepsia adalah nyeri pada epigastrium yang terlokalisir, nyeri bertambah parah ketika makan, mudah kenyang, perut kembung, mata merah, mual dan muntah (Brunner dan Suddarth 2002). Pada saat dilakukan pengkajian, pasien mengeluh nyeri pada bagian ulu hati, mual, muntah ± 1 hari yang lalu.

Mual muntah serta badan yang lemas terjadi pada pasien terjadi karena sekresi asam lambung yang meningkat menyebabkan terjadinya inflamasi pada lambung yang kemudian merangsang syaraf-syaraf pada lambung dan dihantarkannya ke medulla oblongata dan ditangkap oleh pusat saraf sebagai respon mual. Karakteristik mual pada Dispepsia tidak dapat diprediksikan lamanya mual terjadi. Mual pada Dispepsia terjadi pada pagi hari atau sebelum dan setelah makan timbul secara tiba-tiba dengan durasi yang tidak dapat diprediksikan (Marcellus, 2012).

Pemeriksaan sistem pendengaran didapatkan data klien tidak mengalami gangguan pendengaran, membran timpani utuh, tidak ada pengeluaran cairan. Pemeriksaan sistem wicara, ditemukan bahwa pasien dapat berbicara dengan baik. Jadi, data klien sama dengan hasil pemeriksaan pada konsep pengkajian. Pemeriksaan sistem pernapasan, ditemukan data dari klien frekuensi napas 20x/m, irama napas reguler. Hasil pemeriksaan ini sama dengan hasil pemeriksaan pada sistem pernapasan di tinjauan pustaka.

Pemeriksaan sistem kardiovaskuler, didapatkan hasil pemeriksaan *cailarry refill* <3 detik, tidak ada distensi vena jugularis, frekuensi nadi 80x/menit, temperatur kulit hangat, tidak ada edema tungkai, dan tekanan darah 110/70 mmHg. Pada konsep, hasil pemeriksaan ini berbeda dengan hasil pemeriksaan pada konsep pengkajian sebelumnya. Pada pasien menunjukkan bahwa jantung pasien masih berfungsi dengan baik dan tidak terjadi komplikasi pada jantung.

Pemeriksaan sistem pencernaan, Kebersihan mulut klien baik, gigi lengkap, didapatkan mukosa bibir kering dan kotor, gigi terdapat caries, tidak terdapat stomatis, lidah terlihat kotor, pasien terlihat muntah 2x, serta frekuensi mual yang sering, nyeri pada ulu hati, nyeri hilang timbul skala nyeri 6. Pada saat dilakukan palpasi pada abdomen terjadi distensi, dan tidak ada nyeri lepas tekan pada bagian abdomen. tidak ada pembesaran hepar, warna kulit pada sekitar abdomen normal sama pada warna sekitar, terdegar timpani pada 4 kuadran.

Sistem endokrin Tidak terdapat pembesaran tiroid, tidak tercium napas berbau keton dan tidak terdapat luka ganggren pada tubuh klien.

Produksi urine pasien 2500cc/hari warna kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih, dan klien tidak ada mengeluh nyeri pada saat berkemih.

Sistem lategumen Pemeriksaan sistem integumen didapatkan turgor kulit pasien tidak elastis, warna kulit pasien merata, temperatur suhu tubuh 37,0oC, warna kulit sawo

matang, keadaan kulit tidak ada luka dan bekas operasi, tidak ada kelainan pada kulit klien, pada pemasangan infus tidak terdapat tanda-tanda infeksi, keadaan rambut halus dan lurus, rambut klien tidak bauk.

Sistem muskuloskeletal di dapatkan keadaan umum pasien lemah, tidak ada kesulitan dalam bergerak, klien mampu mengerakkan semua ekstremitas, tidak ada keluhan sakit pada tulang dan sendi, tidak ada fraktur, tidak ada masalah pada tonus otot klien dengan kekuatan otot 4.

Pemeriksaan penunjang pada pasien Dispepsia meliputi pemeriksaan serum darah lengkap, pemeriksaan CLO, pemeriksaan dengan sistem PCR dan pemeriksaan Entero test, selain dari itu pada pasien Dispepsia dapat dilakukan pemeriksaan klinis untuk menentukan adanya kelainan pada organ-organ dalam tubuh dapat berupa pemeriksaan : endoskopi, dan USG (Selamihardja, 2012). Pada kasus Ny. E, pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan meliputi H2TL, gula darah lengkap, ureum, creatinin. Pemeriksaan ini berbeda dengan pemeriksaan yang ada pada teori, dan data ini belum mendukung untuk menentukan penyebab terjadinya Dispepsia tersebut

B. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya (Potter, 2005).

Diagnosa keperawatan yang sering timbul pada klien dengan Dispepsia:

1. Nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa lambung.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nausea

Dari semua diagnosa maka hampir dari beberapa diagnosa yang ditemukan pada kasus pasien sudah sesuai dengan yang ada pada teori. Nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa lambung merupakan diagnosa prioritas pada pasien dengan Dispepsia.

C. Perencanaan

Pada kasus Ny. E, penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis merencanakan mengatasi masalah nyeri terlebih dahulu (Potter, 2006) dan kriteria hasil yang ditulis penulis yaitu pasien mengatakan tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal, tidak ada tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, dan tidak ada rasa haus yang berlebihan, akral hangat.

Rencana tindakan diagnosa pertama untuk mengurangi nyeri lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan, ajarkan tentang teknik nonfarmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat, tentukan analgesik pilihan, rute, pemberian, dan dosis optimal, monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali, berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.

Pada diagnosa kedua untuk mengatasi kekurangan nutrisi dilakukan rencana tindakan kaji alergi pada pasien, tanyakan makanan kesukaan pasien, anjurkan masukan kalori yang tepat yang sesuai dengan kebutuhan energi, sajikan diit dalam keadaan hangat, observasi keadaan kulit dan membran mukosa, turgor kulit, edema, konjungtiva, anjurkan pasien untuk oral *hyegine*.

Perencanaan yang dibuat pada pasien dibuat berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sebelumnya. Pada diagnosa nyeri epigastrium, dan kekurangan nutrisi, perencanaan dibuat berdasarkan konsep perencanaan terhadap pasien sudah disesuaikan

berdasarkan hasil pengkajian yang sudah didapat, khususnya penatalaksanaan obat yang diberikan pada pasien.

D. Implementasi

Implementasi merupakan komponen proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter dan Perry, 2007).

Implementasi menuangkan rencana asuhan keperawatan kedalam tindakan setelah rencana dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas pasien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan keperawatan (Potter dan Perry, 2007).

Implementasi pada pasien dilakukan sesuai dengan masing-masing, diagnosa yang telah direncanakan tindakan keperawatan, dalam melakukan tindakan keperawatan, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien kooperatif. Pada tanggal 22 Juni 2019 penulis melakukan tindakan keperawatan yang pertama mengkaji tanda-tanda vital, ini mencakup untuk semua diagnosa tersebut, didapatkan hasil TD: 110/70 mmHg, N: 80x/m, P: 20x/m, S: 37,0°C, kemudian untuk diagnosa nyeri, tindakan yang dilakukan mengkaji nyeri secara komprehensif, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologi berupa tarik napas dalam, memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri berupa ketorolac 1 amp disuntikkan dibagian IV, untuk diagnosa yang kedua yaitu kekurangan nutrisi, yang dilakukan penulis berupa mengkaji alergi pada pasien, menanyakan makanan kesukaan pasien, menganjurkan masukan kalori yang tepat yang sesuai dengan kebutuhan energi, menyajikan diit dalam keadaan hangat, menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering, menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang berlemak, memonitor berat badan pasien, mengobservasi

keadaan kulit dan membran mukosa yang kering , turgor kulit, konjungtiva , menganjurkan pasien untuk oral *hyegine*.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien kearah pencapaian tujuan (Potter, 2007). Evaluasi pada Ny.E dilakukan dengan metode SOAP. Pada evaluasi pertama pada hari kedua, penulis belum mampu mengatasi masalah keperawatan nyeri akut, dan kekurangan nutrisi. karena masa penyembuhan pasien masih memerlukan waktu dan karena keterbatasan waktu penulis tidak dapat mengobservasi pasien selama 24 jam sehingga rencana tindakan keperawatan dilakukan dari tanggal 1 Juli 2019.

Evaluasi pertama pada tanggal 1 Juli 2019, diagnosa pertama yaitu nyeri akut, didapatkan pasien masih merasakan nyeri pada bagian ulu hati, nyeri yang dirasakan perih dan pasien mengatakan nyeri skala 6 hal ini didukung dengan pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegang perut bagian atas, pasien terlihat lemas, TD: 110/70 mmHg, N: 80x/ m, P: 20x/m, S: 37,0°C dengan hasil analisa pengendalian nyeri: 2 (jarang) dan tingkat Nyeri : 5 (sedang). Diagnosa kedua kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan kurang dari kebutuhan tubuh didapatkan pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan mual dan muntah dirasakan pada pagi hari, keluarga pasien mengatakan makanan yang diberikan dari rumah sakit tidak dihabiskan, didukung dengan pasien tampak lemah, makanan yang disediakan dari rumah sakit tampak tidak dihabiskan, BB pasien: 50kg.

Evaluasi kedua, pada tanggal 2 Juli 2019, diagnosa pertama pasien mengatakan nyeri kadang-kadang masih timbul pada ulu hati, nyeri seperti melilit, nyeri sekarang hampir tidak pernah dirasakan lagi, dibuktikan dengan pasien tampak tidak meringis kesakitan, pasien tampak lebih tenang dan rileks dari hari sebelumnya, pasien terlihat

lemas, TD 110/80 mmHg, N: 80x/m, P: 20x/m, S: 36,4 °C hasil dari analisa pengendalian nyeri : (kadang-kadang), dan tingkat nyeri 5 (nyeri sedang). Diagnosa kedua didapatkan klien mengatakan nafsu makan berkurang, klien megatakan mual, porsi makan yang dihabiskan setengah porsi (8-9 sendok makan), keluarga pasien mengatakan makanan yang diberikan dari rumah sakit tidak dihabiskan didukung pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring ditempat tidur, makanan yang disediakan dari rumah sakit tampak tidak dihabiskan, BB : 50kg.

Evaluasi ketiga pada tanggal 3 Juli 2019, untuk diagnosa pertama didapatkan pasien mengatakan nyerinya hampir tidak pernah terasa lagi, nyeri pada ulu hati, seperti tersentrum hal ini didukung dengan pasien tampak tidak meringis kesakitan, pasien tampak lebih tenang dan rileks, pasien terlihat sudah bertenanga, pasien tampak biasa pergi ke kamar mandi sendiri, TD: 120/80 mmHg, N: 80x/m, P: 20x/m, S: 36,5 °C, dengan analisis pengendalian nyeri : 5 (selalu), dan tingkat nyeri 3 (nyeri ringan). Diagnosa kedua pasien mengatakan tidak merasakan mual lagi, pasien mengatakan dalam sehari ini tidak mengalami muntah lagi, keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien sudah mulai meningkat, didukung dengan pasien tampak lebih bersemangat, makanan yang disediakan dari rumah sakit tampak dihabiskan, BB pasien: 52 kg, pasien tampak tidak terlihat pucat, pasien tidak terlihat adanya sianosis pada ujung jari.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal pasien mengatakan nyeri pada ulu hati. tidak ada perbedaan atau kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan. Keadaan nyeri dirasakan pasien ± 1 hari yang lalu. Pasien tampak meringis kesakitan memegang perutnya dengan pengkajian nyeri, P: Nyeri dirasakan pasien ketika perut sedang kosong dan setelah makan, Q: Nyeri dirasakan pasien seperti terbakar, R : Nyeri dirasakan pasien pada epigastrium, S : Skala nyeri 6, T : Nyeri dirasakan pasien tidak tentu waktunya.lalu disertai mual muntah dan tidak nafsu makan

2. Diagnosa

Dari ketiga diagnosa yang ada diteori, ketiga diagnosa yang didapatkan penulisan pada pasien dengan kasus Dispepsia yaitu, nyeri, dan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

83

3. Intervensi

Intervensi keperawatan kasus pada pasien dengan Dispepsia dibuat dengan Dispepsia dibuat berdasarkan teori yang ada. Namun penulis hanya menyesuaikan intervensi yang ada dikasus berdasarkan masalah keperawatan yang didapatkan dari hasil pengkajian. Pada intervensi penulis juga hanya mencantumkan intervensi yang hanya dilakukan oleh penulis sesuai tujuan yang akan dicapai.

4. Implementasi

Pada tahap pelaksanaan, penulis dapat melaksanakan rencana yang telah disusun dengan adanya dukungan dan kerjasama pasien serta keluarga. Dalam penatalaksanaan tindakan keperawatan penulis melakukan tindakan satu– persatu

sesuai dengan masalah keperawatan yang dirasakan pasien. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pasien dirawat.

5. Evaluasi

Tahap evaluasi berdasarkan tujuan yang ditetapkan maka penulis menganalisa bahwa tidak semua masalah dapat segera diatasi karena memerlukan waktu untuk perawatan dan pengobatan secara teratur.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa untuk mengetahui lebih dalam tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Dispepsia.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Institusi pelayanan kesehatan harus dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standart Operasional Prosedur (SOP) diberbagai rumah sakit.

3. Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan harus menyadari pentingnya penerapan asuhan keperawatan yang konsisten dan sesuai dengan teori dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga pasien akan mendapatkan perawatan yang holistik dan komprehensif.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi Pendidikan harus dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih berkualitas dan profesional, guna terciptanya perawat - perawat yang profesional, terampil, cekatan dan handal dalam memberikan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abadi ATB & Kusters JG (2016). Management of Helicobacter pylori infections. *BMC Gastroenterol*, 16: 94.
- Abdullah M & Gunawan J (2012). Dispepsia. *CDK*, 39(9): 647-51.
- Crawford JM & Kumar V (2012). Rongga mulut dan saluran gastrointestinal. Dalam: Kumar V, Cotran RS, Robbins SL (eds). *Buku Ajar Patologi*. Ed 7. Jakarta: EGC, pp: 622-9.
- Dugdale, D.C., 2011. Indigestion. Available online at : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003260.htm> [diakses tanggal 16 Mei 2013]
- Dorland WAN (2010). *Dorland's Pocket Medical Dictionary*. Ed 31. Jakarta: EGC.
- Djojoningrat, D., 2015. Dispepsia Fungsional dalam *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid I, Edisi 5. Jakarta : InternaPublishing
- Depkes RI, 2015. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015*. Jakarta
- Dinas kesehatan kota Bengkulu, 2015. *Profil kesehatan kota Bengkulu*
- Guyton, A. C. & Hall, J.E., 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta : EGC.
- Hirlan (2013). Gastritis. Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S (eds). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* Jilid I. Ed 5. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, pp: 509-12.
- Lindseth GN (2005). Gangguan lambung dan duodenum. Dalam: Price SA, Wilson LM (eds). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Ed 6. Jakarta: EGC, pp: 421-9.
- Mahadeva S, Goh KL (2014). Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective. *World J Gastroentero*, 12(17): 2661
- Mudjaddid, E. & Shatri, H., 2006. Gangguan Psikosomatik : Gambaran Umum dan Patofisiologinya dalam *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid II, Edisi 4. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Misnadiarly, 2009. *Mengenal Penyakit Organ Cerna*. Jakarta : Pustaka Populer Obor.
- Muya Y (2013). Karakteristik penderita dispepsia fungsional yang mengalami kekambuhan bagian penyakit dalam RSUP M. Djamil Padang Sumbar tahun 2011. I . Universitas Andalas. Skripsi.
- Potter, P & Perry, A.G (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik*. Edisi
- Rani AA, Fauzi A (2009). Infeksi helicobacter pylori dan penyakit gastroduodenal. Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S (eds). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* Jilid I. Ed 5. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, pp: 501-8.

Rekam Medik RS DKT TK IV Kota Bengkulu tahun 2015

Simadibrata M, Makmun D, Abdullah M, Syam AF, Fauzi A, Renaldi K, Maulahela H, Utari AP (2014). *Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi Helicobacter pylori*. Jakarta: Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI).

Sudoyo AW(2013), Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S (eds). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I. Ed 5*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, pp: 509-12.

Suratun & Lusianah. (2010). *Asuhan keperawatan klien gangguan sistem gastrointestinal*. Jakarta : Trans Info Media

Susanti, A dkk, 2011. Faktor Risiko Dispepsia pada Mahasiswa Institut Pertanian Bogor (IPB) dalam Jurnal Kedokteran Indonesia. VOL. 2/NO. 1/JANUARI/2011. [diakses tanggal 30 Juli 2013].

Tumors of the stomach. Dalam: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ (eds). *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 8 th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, pp: 1139-55. Houghton JM, Wang TC (2012).

Tack J & Talley NJ (2014). Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*, 130(5): 1466-79.

Volume 1. Alih Bahasa : Yasmin Asih, dkk. Jakarta : EGC.2010