

**NYERI AKUT (DISPEPSIA) PADA NY.N DI RUANGAN
DIAMOND RUMAH SAKIT UNIVERSITAS TANJUNGPURA
PONTIANAK**



**KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)
ILMU KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

OLEH:

ARI SAPUTRA

NIM. SRP 21318027

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN REGULER A
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN MUHAMMADIYAH
PONTIANAK TAHUN**

2022

HALAMAN PERSETUJUAN

SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

Judul Karya Ilmiah Akhir : Nyeri akut (DISPEPSIA) pada Ny. N di Ruangan
Diamond Rumah Sakit Universitas Tanjungpura
Pontianak

NAMA : ARI SAPUTRA

NIM : SRP21318027

PROGRAM STUDI : Profesi Ners Keperawatan Reguler A

Menyetujui Pembimbing



Ns. Wuriani, M. Pd, M. Kep

NIDN: 1128127501

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

OLEH:

ARI SAPUTRA

SRP21318027

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir,
Program Studi Ners Kelas Regular A
Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak
Tanggal: 11 Juli 2022 Disetujui,

Pembimbing



Ns, Wuriani, M. Pd, M. Kep
NIDN: 1128127501

Penguji



Ns, Ridha Mardiyani, M. Kep
NIDN: 1118098802

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ners



Ns, Idah Dwi Rahayu, M. Kep
NIDN:1124058601

RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Ari Saputra
Tempat,Tanggal Lahir : kayu ara 03 Maret 1998
Jenis Kelamin : Laki - laki
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Menikah
Status Dalam Keluarga : Anak ke-1 dari 3 Bersaudara
Alamat Sekarang : JL.Tanjung Raya Gg,Citra Permata No3
No. Hp : 082238271097
Email : Ari856300@gmail.com
Nama Orang Tua Ayah : Herman
Ibu : Neti
Riwayat Pendidikan : SDN 13 Kayu Ara
: SMP 2 Tayan Hilir
: SMAN 2 Meliau

HALAMAN PERNYATAAN

Dengan ini bahwa saya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir yang saya kerjakan murni pekerjaan saya dan adapun kutipan merupakan sebuah referensi bagi saya dan apabila karya ilmiah akhir saya terbukti menjiplak hasil milik orang lain saya bersedia mendapatkan sanksi pidana dari pihak yang berwenang.

Pontianak, Juli 2022

Hormat Saya

Ari Saputra

NIM.SRP21318027

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum, Wr. Wb.

Bismillah, Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan seluruh rahmat dan hidayah-nya kepada kita semua, sehingga kita masih diberikan kesempatan dan kesehatan untuk menjalankan kehidupan ini menjadi lebih baik dengan penuh kasih sayang-Nya. Shalawat dan salam semoga selalu tercurahkan, terlimpahkan kepada Nabi kita Muhammad SAW yang telah membawa kita dari zaman kegelapan dan kebodohan ke zaman yang terang benderang seperti sekarang ini serta kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Nyeri akut (dyspepsia) Ny.N Di ruangan Diamond Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak.

Selama saya menyusun karya ilmiah akhir ini penulis mendapatkan banyak bimbingan serta dukungan dari berbagai pihak yang telah menguatkan saya sehingga bisa menyelesaikan tugas akhir ini, dan terimakasih sebesar-besarnya kepada:

1. Haryanto, S. Kep, Ns, MSN, Ph. D. Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak.
2. Ns. Indah Dwi Rahayu, M.Kep. Selaku Ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu keperawatan Muhammadiyah Pontianak.
3. Ns.Wuriani, M.Pd, M.Kep selaku pembimbing saya yang telah banyak memberi masukan serta motivasi dalam penyelesaian tugas karya ilmiah akhir ini.
4. Ns. Ridha Mardiyani, M. Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan kepada saya sehingga karya ilmiah akhir ini bisa menjadi lebih baik lagi dan bermanfaat.
5. Dosen serta seluruh civitas akademik STIK Muhammadiyah Pontianak yang telah banyak membantu baik dalam ilmu yang diberikan maupun hal lain yang membantu penulisan untuk menyelesaikan tugas akhir ini.

6. Kedua orang tua saya yang saya cintai almarhum herman dan ibu neti tercinta serta seluruh keluarga yang telah membantu baik itu doa maupun dukungan sehingga saya bisa menyelesaikan tugas akhir ini.
7. Serta seluruh teman angkatan maupun profesi ners yang telah memberi motivasi maupun dukungan selama proses saya kuliah hingga menyelesaikan kuliah ini.
8. Serta pihak yang mungkin tidak bisa saya sebut satu persatu yang telah memberi motivasi kepada saya selama saya menempuh pendidikan keperawatan.

Untuk itu penulis menyadari dari ini bahwa dari hasil penulisan ini banyak kekurangan serta keterbatasan ilmu serta waktu. Untuk ini meminta kritikan serta masukan dari pihan yang membangun guna memperbaiki diri penulis ,penulis mengucapkan banyak terimakasih sebesar- besarnya dan semoga allah subhanahu wataalah selalu menjaga kita.

Billahi Fi Sabililhaq Fastabiqul Khairot
Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Pontianak, Juli 2022

Ari saputra
SRP:21318027

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
HALAMAN PERYATAAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
ABSTRAK	x
BAB 1	
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulis	3
C. Sistematis Penulisan	3
BAB II	
LANDASAN TEORI.....	5
A. Konsep Nyeri.....	5
B. Anatomi dan Fisiologi Lambung	9
C. Definisi Dispepsia.....	10
D. Diagnosa Keperawatan	13
BAB III	
ASUHAN KEPERAWATAN.....	19
A. Pengkajian	19
B. Analisa Data.....	25

C. Diagnosa keperawatan ,perencanaan keperawatan,implementasi dan evaluasi	26
BAB IV	
PEMBAHASAN	33
A. Pengkajian	33
B. Diagnosa	34
C. Intervensi	36
D. Implementasi	38
E. Evaluasi.....	38
BAB V	
KESIMPULAN DAN SARAN.....	40
A. Kesimpulan.....	40
B. Saran	42
Daftar Pustaka	43

STIK MUHAMMADIYAH PONTIANAK
PROGRAM PROFESI KEPERAWATAN(NERS)
Karya Ilmiah Akhir, Juli 2022

ARI SAPUTRA

Nyeri Akut (DISPEPSIA) Pada Ny.N Di Ruangan Diamond Rumah Sakit
Universitas Tanjungpura Pontianak

ABSTRAK

Latar Belakang: Dispepsia ialah istilah yang sering digunakan untuk suatu sindrom atau kumpulan gejala yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual, muntah, kembung rasa cepat kenyang, rasa perut penuh. Keluhan tersebut dapat secara bergantian yang dirasakan pasien atau bervariasi baik dari segi jenis keluhan maupun kualitasnya. Dari preferensi data yang dikumpulkan untuk 1 tahun terakhir jumlah penyakit dispepsia di RS Tanjungpura Pontianak di ruangan Diamond dari bulan Juni tahun 2021 sampai bulan Mei 2022 masuk dalam kategori 10 jumlah penyakit terbesar di ruangan tersebut dengan jumlah 139 kasus pasien dispepsia yang telah ditemukan di ruangan tersebut.

Tujuan : Mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Dispepsia

Metode penyelesaian masalah : metode penyelesaian masalah pada karya ilmiah ini adalah menggunakan strategi pelaksanaan diagnosa asuhan keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil: berdasarkan data subjektif dan objektif penulis mendapatkan masalah keperawatan nyeri akut, defisit nutrisi, gangguan pola tidur kemudian perawat melakukan intervensi serta implementasi dan setelah itu penulis melakukan evaluasi masalah keperawatan pada Ny.N teratasi sebagian.

Kata kunci : Nyeri Akut

MUHAMMADIYAH STICK PONTIANAK
NURSING PROFESSIONAL PROGRAM (NERS)
Final Scientific Work, July 2022

ARI SAPUTRA
Acute Pain (DYSPEPSIA) in Mrs. N in the Diamond Room, Tanjungpura
University Hospital, Pontianak

ABSTRACT

Background: Dyspepsia is a term that is often used for a syndrome or a collection of symptoms consisting of pain or discomfort in the pit of the stomach, nausea, vomiting, bloating, early satiety, full stomach. These complaints can be alternately felt by the patient or vary both in terms of the type of complaint and its quality. From the prevalence of data collected for the last 1 year, the number of dyspeptic diseases at Tanjungpura Hospital Pontianak in the Diamond Room from June 2021 to May 2022 was included in the 10th category with the largest number of diseases in the room with a total of 139 cases of dyspepsia patients found in the room. .

Objective: Able to provide nursing care to clients with dyspepsia

Problem solving method: problem solving method in this scientific work is to use the strategy of implementing nursing care diagnoses, interventions, implementation and evaluation of nursing.

Results: based on subjective and objective data, the authors found that the nursing problems of acute pain, nutritional deficits, sleep pattern disturbances, then nurses intervened and implemented and after that the authors evaluated the nursing problems in Mrs.N were partially resolved.

Keywords: Acute Pain

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dispepsia ialah istilah yang sering digunakan untuk suatu sindrom atau kumpulan gejala yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual, muntah, kembung rasa cepat kenyang, rasa perut penuh. Keluhan tersebut dapat secara bergantian yang dirasakan pasien atau bervariasi baik dari segi jenis keluhan maupun kualitasnya (Yuriko, 2013). Dari data yang dikumpulkan untuk 1 tahun terakhir jumlah penyakit dispepsia di RS Tanjungpura Pontianak di ruangan Diamond dari bulan Juni tahun 2021 sampai bulan Mei 2022 masuk dalam kategori 10 jumlah penyakit terbesar di ruangan tersebut dengan jumlah 139 kasus pasien dispepsia yang telah ditemukan di ruangan tersebut.

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

Diperkirakan sekitar dari 15-40 populasi di dunia memiliki adanya keluhan berupa dispepsia kronis maupun berulang: sepertiganya merupakan dispepsia organik (struktural). Etiologi paling banyak dispepsia organik yaitu ulkus peptikus lambung/duodenum, penyakit refluks gastroesofagus, dan kanker lambung (Purnamasari, 2017). Jenis kelamin perempuan secara signifikan berhubungan adanya tingkat kejadian dispepsia fungsional. Hal ini dikarenakan adanya perbedaan hormon seks yang mempengaruhi kerja motilitas lambung dan sensitivitas viseral. Hormon wanita diduga mengubah waktu pengosongan lambung menjadi lebih panjang dan persepsi nyeri viseral mungkin dipengaruhi oleh perubahan siklus pada hormon seks pada wanita (Kim et al., 2014).

Kebiasaan mengkonsumsi berupa makanan dan minuman, seperti makan pedas, asam, minum kopi, dan minuman beralkohol bisa juga dapat meningkatkan resiko gejala dispepsia. Suasana yang sangat asam didalam lambung dapat membunuh organisme pathogen yang tertelan bersamaan dengan makanan. Namun, bila barrier lambung telah rusak, maka lingkungan yang sangat asam didalam lambung akan memperberat iritasi pada dinding lambung (Riani, 2015). Mengkonsumsi berupa makanan dan juga minuman yang bisa merangsang asam lambung dapat menyebabkan peradangan pada lambung dan bisa menyebabkan ulkus peptikum pada lambung sehingga sangat diharapkan agar selalu menjaga pola makan dengan makanan yang tidak merangsang terjadinya peningkatan asam lambung. (Riani, 2015)

dalam kebiasaan masyarakat pada umum, penyakit dispepsia sering disamakan dengan penyakit maag, diakibatkan adanya terdapat kesamaan gejala diantara keduanya. Pendapat ini sebenarnya sangat kurang tepat, karena kata maag berasal dari bahasa Belanda, yang berarti lambung, sedangkan kata dyspepsia berasal dari bahasa Yunani, yang terdiri dari dua kata yaitu “dys” yang berarti buruk dan “peptei” yang berarti pencernaan. Jadi dispepsia berarti pencernaan yang buruk (Fithriyana, 2018). WHO (2015) menemukan bahwa, terdapat kasus dispepsia di dunia mencapai 13-40% dari total populasi dalam setiap Negara. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa di Eropa, Amerika Serikat dan Oseania, prevalensi dispepsia sangat bervariasi antara 5-43 %.

Fungsi perawat dalam membantu pengobatan pasien dengan dispepsia yaitu fokus pada pengajaran klien tentang penyebab dispepsia dan makanan yang dapat memperburuk penyakit, perawat juga bertanggung jawab terhadap membantu klien dalam mengkaji faktor-faktor yang dapat memicu meningkatkan manifestasi stres, konsumsi makanan dan alkohol, menghentikan asupan makanan iritatif seperti kopi dan sejenisnya (Dinoyo, 2013). Masalah keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan dispepsia yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan

ketidakmampuan menelan makanan dan Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (Ida, 2016)

B. Tujuan Penulis

1. Umum

Mengambarkan asuhan keperawatan kepada Ny.N Dengan dispepsia. Di ruangan Diamond Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak

2. Khusus

- a. Mampu menggambarkan pengkajian pada Ny.N Pada kasus dispepsia di ruangan Diamond Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak
- b. Dapat menggambarkan diagnosa keperawatan dispepsia kepada Ny.N di ruangan Diamond Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak
- c. Mampu menggambarkan intervensi keperawatan dispepsia kepada Ny.N di ruangan Diamond Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak
- d. Mampu menggambarkan implementasi keperawatan dispepsia pada Ny.N di ruangan Diamond Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak
- e. Mampu menggambarkan evaluasi keperawatan dispepsia pada Ny.N di ruangan Diamond Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak

C. Sistematis Penulisan

Pengunaan sistematis penulisan di karya ilmiah akhir ini terdapat dari lima bab yaitu pada bab satu pendahuluan pada bab ini terdiri atas latar belakang,tujuan penulis serta sistematis penulisannya . Di pendahuluan ini menghadirkan sfesifik yang utama menghadirkan perhatian utama penulis dalam mengembangkan teori dalam pemaparan hasil karya ilmiah akhir. Pada Bab 11 landasan teori, berisikan literatur serta kepustakaan mengenai suatu masalah yang akan dibahas serta teori yang melandasi penyelesaian suatu masalah. dari suatu pendekatan yang digunakan ialah keperawatan utama yang dialami klien pada masa perawatan.Bab III asuhan keperawatan pada bab ini memberikan asuhan keperawatan kepada Ny. N dengan kasus dispepsia di rumah sakit Universitas Tanjungpura Pontianak diruangan

Diamond asuhan keperawatan ini dilaksanakan pada awal pengkajian. Bab IV ini menjelaskan memberikan tentang ulasan dan diagnosa keperawatan dispepsia di Rumah Sakit Tanjungpura Pontianak yang berfokuskan pada pengkajian pendiagnosa keperawatan serta perencanaan, implementasi dan evaluasi. Bab V menyampaikan kesimpulan dan saran, terakhir serta merujuk pada masalah dan tujuan terakhir yang ingin dicapai. Hambatan atau kemudahan yang dialami, saran merupakan ulasan yang ditunjukkan guna untuk mengurangi suatu permasalahan yang dihadapi.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Konsep Nyeri

1. Pengertian nyeri

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Nyeri akut dapat menjadi nyeri kronis bila terjadi abnormalitas dalam proses penyembuhan penyakit atau akibat pengobatan nyeri yang tidak adekuat. Pasien kanker harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan tentang cara mendapatkan, mengonsumsi, mengatasi efek samping obat, dan tahu apa yang harus dilakukan jika nyeri tidak berkurang (Wulan, 2014).

2. Etiologi Nyeri

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) penyebab nyeri akut adalah

- a. Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3. Gejala Menurut tim pokja SDKI DPP PPNI, (2017) gejala nyeri akut adalah :

Gejala dan tanda mayor

- a. Subjektif
Tidak tersedia
- b. Objektif
 1. Tampak meringis
 2. Bersikap protektif (misal : waspada, posisi menghindari nyeri)
 3. Gelisah

4. Frekuensi nadi meningkat

5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

c. Subjektif

Tidak tersedia

d. Objektif

1. Tekanan darah meningkat, diaphoresis

2. Pola nafas berubah

3. Nafsu makan berubah

4. Proses berpikir terganggu

5. Menarik diri

6. Berfokus pada diri sendiri

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Hawks, (2014) faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain :

a. merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh individu pada nyeri. Untuk memahami toleransi, seseorang harus membedakan antara batas nyeri dan toleransi nyeri. Batas nyeri didefinisikan sebagai intensitas terendah dari stimulus menyakitkan yang dapat bervariasi bergantung pada Persepsi nyeri atau interpretasi nyeri faktor fisiologis, namun pada dasarnya sama bagi semua individu jika system syaraf pusat dan perifer tidak bermasalah.

b. faktor sosial budaya, ras, budaya, dan etnik merupakan faktor yang penting dalam respon individu terhadap nyeri. Faktor-faktor ini mempengaruhi seluruh respon sensori, termasuk respon terhadap nyeri. Kita belajar bagaimana respon nyeri dan pengalaman lainnya dari keluarga dan kelompok etnik. Respon terhadap nyeri cenderung merefleksikan moral budaya kita masing-masing. Sebagai contoh, mengutarakan nyeri secara verbal mungkin dianggap sesuai sesuai

komunitas italia, namun tidak demikian bagi komunitas jerman yang menjunjung tinggi stoicisme.

- c. Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri. Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologi usia, namun tidak ada bukti terkini yang berkembang secara jelas. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang buruk.
- d. Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respon nyeri, pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita. Di beberapa budaya di Amerika Serikat, pria diharapkan lebih jarang mengekspresikan nyeri dibandingkan wanita. Hal ini tidak berarti bahwa pria jarang merasakan nyeri, hanya saja mereka jarang memperlihatkan hal itu.
- e. Tingkat ansietas yang dialami klien juga mungkin mempengaruhi respon terhadap nyeri. Ansietas meningkatkan persepsi nyeri. Ansietas sering kali dikaitkan dengan pengertian atas nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

5. Klasifikasi Nyeri

Menurut Hidayat (2013), nyeri dapat diklasifikasi ke dalam beberapa jenis berdasarkan waktu lamanya serangan, berdasarkan pada tempat, berdasarkan sifatnya, dan berat ringannya nyeri.

a. Nyeri berdasarkan lamanya serangan

1. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat hilang, tidak melebihi 6 bulan dan di tandai adanya peningkatan tegangan otot.

2. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbulnya secara perlahan lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan.

6. Nyeri berdasarkan tempatnya :

a. Nyeri perifer

Yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa

b. Nyeri sentral

Yaitu nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus

c. Nyeri psikogenik

Yaitu nyeri yang tidak di ketahui penyebab fisiknya, dengan kata lain nyeri ini timbul akibat pikiran si penderita itu sendiri

7. Penatalaksanaan Nyeri

menurut Menurut Rosdahl (2015) penatalaksanaan nyeri antara lain :

a. *Guided imagery*

Meminta klien berimajinasi membayangkan hal-hal yang menyenangkan, tindakan ini memerlukan suasana dan ruangan yang tenang, serta konsentrasi dari Pasien

b. Distraksi

Mengalihkan perhatian terhadap nyeri, efektif untuk nyeri ringan sampai sedang. Distraksi visual (melihat tv atau pertandingan bola), distraksi audio (mendengar musik), distraksi sentuhan massage, distraksi intelektual (merangkai puzzle)

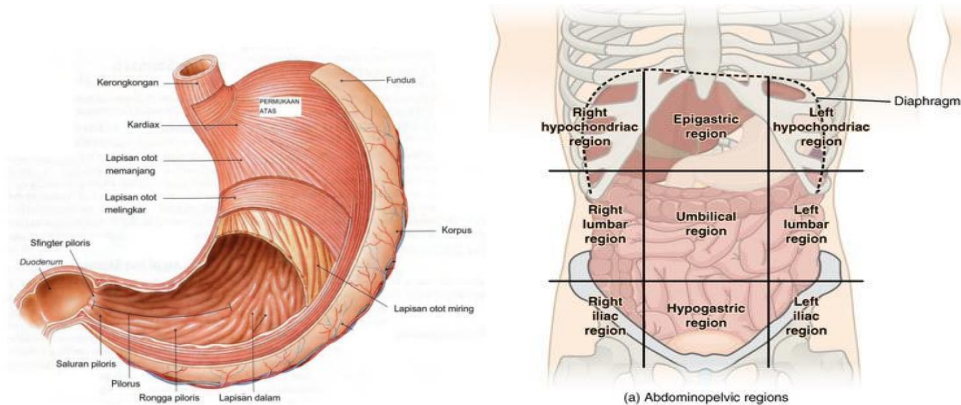
c. Pemberian analgesic

Nyeri berat bisa menggunakan obat analgesic

Nyeri akut dapat menjadi nyeri kronis bila terjadi abnormalitas dalam proses penyembuhan atau akibat pengobatan nyeri yang tidak adekuat. Pasien kanker harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan tentang cara mendapatkan, mengonsumsi, mengatasi efek samping obat, dan tahu apa yang harus dilakukan jika nyeri tidak berkurang (Wulan, 2014)

B. Anatomi dan Fisiologi Lambung

1. Anatomi lambung



Gambar 2.1: Anatomi Lambung Gambar 2.2: Anatomi Region Abdomen

Lambung Merupakan organ otot berongga yang besar yang Terdiri dari 3 bagian, yaitu kardia fundus serta antrum Lambung adalah sebuah kantung otot yang kosong, terletak pada bagian kiri atas perut tepat dibawah tulang iga. Lambung orang dewasa mempunyai panjang berkisar antara 10 inchi dan dapat mengembang untuk menampung makanan atau minuman sebanyak 1 gallon. Bila lambung dalam keadaan kosong, maka ia akan melipat, mirip seperti sebuah akordion. Ketika lambung mulai terisi dan mengembang, lipatan – lipatan tersebut secara bertahap membuka.

2. Fisiologi lambung

Lambung berfungsi sebagai gudang makanan, yang berkontraksi secara ritmik untuk mencampur makanan dengan enzim-enzim. Sel-sel yang melapisi lambung menghasilkan 3 zat penting :

a. Lendir

Lendir melindungi sel-sel lambung dari kerusakan oleh asam lambung. Setiap kelainan pada lapisan lendir ini, bisa menyebabkan kerusakan yang mengarah kepada terbentuknya tukak lambung.

b. Perekursor pepsin (enzim yang memecahkan protein)

c. Asam klorida (HCl).

Asam klorida menciptakan suasana yang sangat asam, yang diperlukan oleh pepsin guna memecah protein. Keasaman lambung yang tinggi

juga berperan sebagai penghalang terhadap infeksi dengan cara membunuh berbagai bakteri.

C. Definisi Dispepsia

Dispepsia ialah istilah yang sering digunakan untuk suatu sindrom atau kumpulan gejala yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual, muntah, kembung rasa cepat kenyang, rasa perut penuh. Keluhan tersebut dapat secara bergantian yang dirasakan pasien atau bervariasi baik dari segi jenis keluhan maupun kualitasnya (Yuriko, 2013). Menurut Djojoningrat dalam Aru W. Sudoyo., (2014), gejala atau simptomnya dapat berupa nyeri epigastrium dan rasa terbakar (60-70%), perut terasa penuh sesudah makan (80%), mudah merasakan kekenyangan (60-70%), distensi dari bagian epigastrium (80%), mual, dan muntah (60 dan 40%), serta sendawa yang sifatnya bisa berulang atau kronik. Dispepsia menunjuk pada segala simptom yang berasal dari regio gastroduodenal, menurut kriteria Roma (Eusebi et al., 2018).

1. Klasifikasi

Pengelompokan dispepsia menjadi dua yaitu:

Pada dispepsia organik sudah diketahui berupa 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 (GERD), hiperasiditas. Dispepsia non-organik (fungsional) tidak ditemukan abnormalitas atau kelainan pada pemeriksaan fisik dan endoskopi, serta ditandai dengan nyeri atau tidak nyaman perut bagian atas yang kronis atau berulang (Schellack et al., 2015).

a. Dispepsia Non Organik (DNU), atau dispepsia fungsional, atau juga Dispepsia Non Ulkus (DNU), apabila tidak jelas penyebabnya. Dispepsia fungsional tanpa disertai kelainan atau gangguan bentuk organ berdasarkan pemeriksaan klinis, laboratorium, radiologi, dan endoskopi (Ida, 2016).

- b. Dispepsia Organik, bila sudah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya. Sindrom dispepsia organik terdapat kelainan yang nyata terhadap organ tubuh misalnya tukak (ulkuspeptikum), gastritis, stomach cancer, gastroesophageal refluxdisease, hyperacidity.

2. Etiologi

Dispepsia bisa disebabkan karena berbagai penyakit baik yang bersifat organik struktural dan fungsional. Penyakit yang bersifat organik diantaranya lain karena terjadinya gangguan disaluran pencernaan atau disekitar saluran cerna, seperti pankreas, kandung empedu serta lain-lain. Sedangkan penyakit yang bersifat fungsional dapat dipicu karena factor psikologis dan factor intoleran terhadap obat-obatan dan jenis makanan tertentu (Purnamasari, 2017).

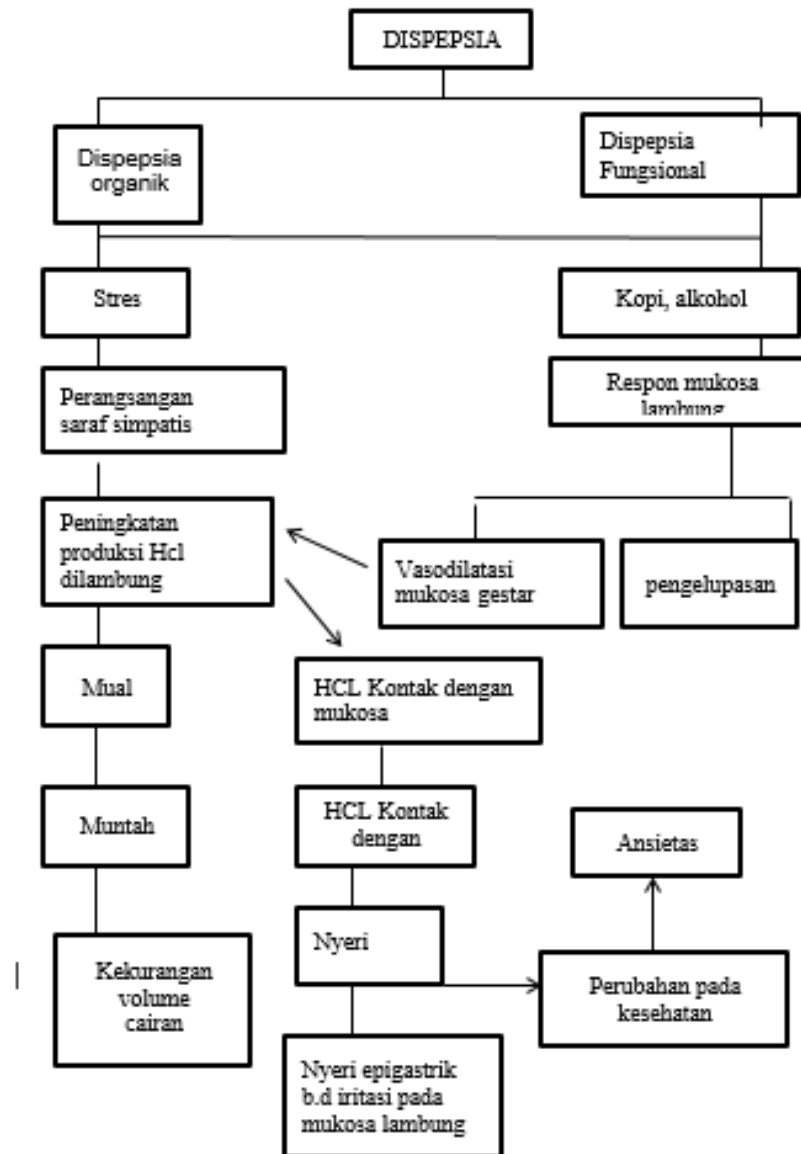
Etiologi dispepsia diantaranya:

- a. Kanker lambung
- b. Idiopatik/dispepsia fungsional
- c. Gastroparesis
- d. Gastroesophageal *refluxdisease* (GERD)
- e. Infeksi *Helicobacter pylori*
- f. Ulkuspeptikum
- g. Pankreatitis kronis
- h. Iskemia usus
- i. Kanker pancreas atau tumor abdomen.

3. Patofisiologi

Adanya perubahan pola makan tidak teratur, obat-obatan yang tidak baik, zat-zat seperti nikotin maupun alkohol serta adanya kondisi kejiwaan stres, pemasukan makanan menjadi kurang sehingga lambung akan kosong, kekosongan lambung dapat menyebabkan erosi pada lambung akibat gesekan diantara dinding-dinding lambung, kondisi tersebut bisa mengakibatkan peningkatan produksi HCL yang akan merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung, sehingga rangsangan di medulla oblongata membawa impuls muntah sehingga intake tidak adekuat baik makanan maupun berupa cairan.

4. Patway



Sumber: (Ida 2016)

5. Manifestasi Klinis

Adanya gas diperut, adanya rasa penuh setelah makan, perut menonjol, cepat kenyang, mual, serta tidak ada nafsu makan dan perut terasa panas. Rasa penuh, cepat kenyang, kembung sesudah makan, mual muntah, sering bersendawa, hilangnya nafsu makan, nyeri di uluh hati dan dada atau regurgitas asam lambung kemulut. Gejala dispepsia akut dan kronis berdasarkan jangka waktu tiga bulan meliputi: rasa sakit dan tidak enak di ulu

hati, perih, mual, berlangsung lama serta sering kambuh dan disertai dengan ansietas dan depresi (Purnamasari, 2017).

6. Pemeriksaan Penunjang

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

- a. Barium enema untuk memeriksa saluran cerna pada orang yang mengalami kesulitan menelan serta muntah, penurunan berat badan maupun mengalami nyeri yang membaik atau memburuk bila penderita makan
- b. Pemeriksaan laboratorium, biasanya meliputi hitung jenis sel darah yang lengkap dan pemeriksaan darah dalam tinja, serta urin. Jika ditemukan leukosit dosis berarti tanda-tanda infeksi. Jika adanya cair berlendir atau banyak mengandung lemak pada pemeriksaan tinja kemungkinan menderita malabsorpsi. Seseorang juga diduga menderita dispepsia ulkus sebaiknya diperiksa derajat keasaman lambung. Jika diduga suatu keganasan, dapat diperiksa tumormarker (dugaan karsinoma kolon), dan (dugaan karsinoma pankreas).
- c. Endoskopi biasanya digunakan untuk menghasilkan contoh jaringan dari lapisan lambung melalui tindakan biopsi.
- d. Pemeriksaan penunjang lainnya seperti foto polos abdomen, serologi H.pylori, urea breath test, dan lain-lain dilakukan atas dasar indikasi (Ida, 2016).

7. Komplikasi

Penderita sindroma dispepsia selama bertahun-tahun bisa memicu adanya komplikasi yang tidak ringan. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain, pendarahan, kanker lambung, muntah darah dan terjadinya ulkus peptikus (Purnamasari, 2017).

D. Diagnosa Keperawatan

1. Intervensi keperawatan

no	Diagnosa keperawatan	Kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun dari 5-6 menjadi 2 • Meringis menurun (5) • Frekuensi nadi membaik (5) • Pola nafas Membaik (5) • Kesulitan tidur menurun (5) 	<p>Manajemen nyeri :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi

			<p>musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat • Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
--	--	--	---

2	Defisit Nutrisi berhubungan dengan mual muntah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makan yang dari 2 sendok menjadi 7 sendok makan • Berat badan atau IMT meningkat (5) • Frekuensi makan meningkat (5) • Nafsu makan meningkat (5) 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makanan • Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric • Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sajikan makanan secara menarik dan suhu sesuai • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajurkan posisi duduk jika mampu • Ajarkan diet yang

			<p>diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi dibutuhkan</p>
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan sulit tidur menurun dari 4 jam menjadi 8 jam perhari • Keluhan sulit terjaga menurun (5) • Keluhan tidak puas tidur menurun (5) • Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5) 	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur • Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur • Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi lingkungan • Batasi waktu tidur siang, jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur • Tetapkan jadwal tidur rutin • Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis,

			<p> pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit• Anjurkan menempati kebiasaan waktu tidur <p>Anjurkan menghindari makanan/minuman yang menggangu tidur</p>
--	--	--	---

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Klien yang bernama Ny. N berusia 35 tahun, dirawat sejak tanggal 31 Oktober 2021 dengan diagnosa dispepsia. Keluhan utamanya adalah nyeri di bagian epigastrium serta kepala terasa pusing, mual sejak satu minggu sebelum masuk rumah sakit pasien sulit untuk istirahat terutama di malam hari dikarenakan nyeri di bagian epigastrium pasien juga mengatakan semenjak sakit kurangnya nafsu makan dia mengatakan jika makan dan minum merasa cepat kenyang atau kembung, pasien mengeluh nyeri p: saat melakukan aktivitas Q: Seperti ditusuk- tusuk R: epigastrium S: 5-6 T : Kira – kira 10: TTV 130/79 mmHg Nadi: 80X/menit Suhu: 36,7 C RR : 22X/Menit SPO2 : 99%.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Sesudah melakukan pengkajian data yang di dapatkan pasien mengatakan saat ini, penyakit yang dia derita tidak pernah sebelumnya di derita oleh anggota keluarga baik itu dari orang tuanya sendiri maupun dari anggota keluarga yang lainnya tetapi pasien memiliki salah satu pola makan yang tidak sehat itu mungkin itu salah satu penyebab munculnya dispepsia.

a. Sejak Kapan Serangan Datang

Keluhan yang dirasakan Ny.N dalam nyeri di perut saat ini kurang lebih 10 menit sebelum dia masuk ke rumah sakit pasien juga mengeluh mual serta kembung keadaan sebelum masuk ke rumah sakit pasien mengatakan dia sangat lemah untuk melakukan aktivitas, saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan perunya sakit, mengatakan nyeri P : Saat melakukan aktifitas Q : Seperti ditusuk tusuk R: Epigastrium S : 5-6 T : Kira- kira 10 menit orangtua Ny.N mengatakan saat sakit anaknya tampak lemah aktivitas dibantu keluarga serta hilangnya nafsu makan porsi makan yang dihabiskan ½ saja dikarenakan mual serta kembung, Ny.N mengatakan semenja di rumah sakit pola tidurnya tidak teratur dan hanya

tidur 4-5 jam saja terutama di malam hari dikarenakan sering terbangun di tengah malam, dia mengatakan tidurnya tidak puas, dan istirahatnya tidak cukup. Klien tampak meringis, tidak bersemangat, lemah : TTV 120/79 mmHg Nadi: 80X/menit Suhu: 36,7 C RR : 22X/Menit SPO2 : 99%.

b. Lamanya

Nyeri di bagian epigastrium kurang lebih 7 hari sebelum pasien masuk kerumah sakit

c. Gejalanya

Nyeri di bagian epigastrium, mual muntah serta kembung.

d. Ny.N mengatakan bahwa penyakit yang dia derita tidak diturunkan dari keluarganya

e. Tindakan Pengobatan

Inf. Asering

IJ.Ondansentron 8mg / 24 jam IV

IJ. Pantoprazol 40 mg / 24 jam IV

IJ. Defenhidramin10 mg IV

Po. Kandesartan 16 mg

Po. Betahestin 3x 6 mg

Po. Cloinidin 3x 0,5 mg

f. Harapan Klien Setelah Pemberian Perawatan

Orang tua klien mengatakan semoga anaknya cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya.

2. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

a. Penyakit

1. Kecelakaan dan hospitalisasi

Operasi –

2. Penyakit yang sering di derita

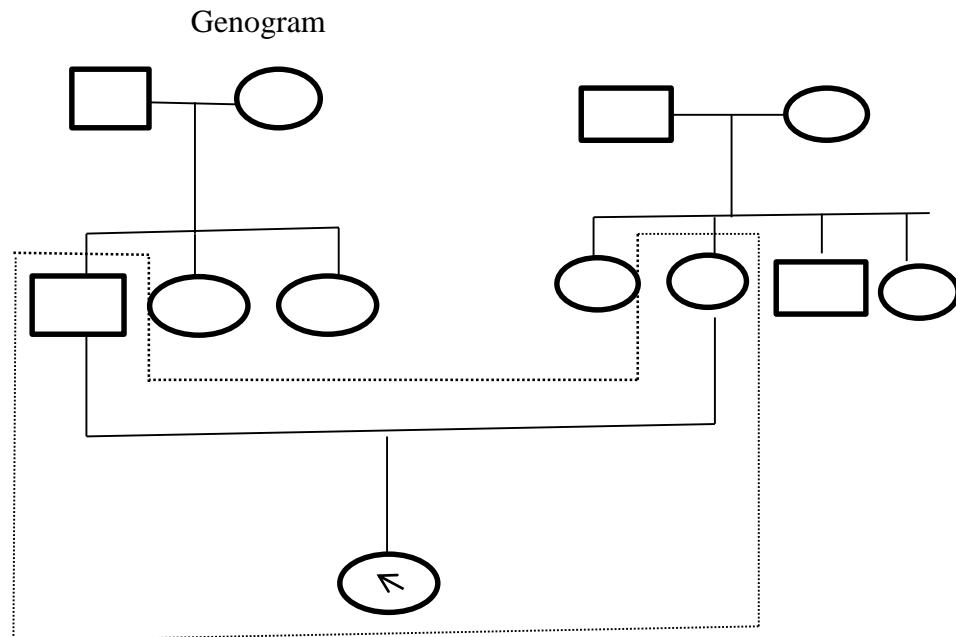
3. Alergi

a) Tipe

b) Reaksi

c) Pengobatan

4. Imunisasi
Lengkap
 5. Kebiasaan
 - a.) Merokok -
 - b.) Alkohol –
 6. Pola Tidur
Sebelum Sakit : Pasien mengatakan sebelum sakit dia tidur normal 7-8 jam
Sesudah sakit : Pasien mengatakan pola tidurnya tidak teratur semenjak ia sakit dan tidur hanya 4-5 jam saja
 7. Pola Latihan
Sebelum Sakit : Ny.N mengatakan sebelum sakit dia biasanya jogging di sore hari
Sesudah Sakit : Ny.N mengatani saat sakit dia hanya bisa terbaring dan susah untuk beraktifitas seperti biasanya
 8. Pola Nutrisi
Sebelum Sakit : Ny.N mengatakan sebelum sakit dia makan biasanya 2-3 x satu hari dan makan selalu dihabiskan.
Sesudah Sakit : Ny.N mengatakan setelah sakit dia sering tidak menghabiskan makana yang disediakan oleh rumah sakit dan makan ½ porsi saja.
 9. Pola Kerja
Sebelum Sakit : Ny.N mengatakan dia bekerja sebagai pegawai swasta
Sesudah Sakit : Ny.N hanya bisa terbaring di tempat tidur
3. Riwayat Keluarga
 - a. Kesehatan anggota keluarga
Ny.N Mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarganya yang menderita penyakit yang seperti ia derita saat ini



4. Riwayat Lingkungan

- a. Kebersihan : Lingkungan pasien tampak bersih
- b. Bahaya Kesehatan : -
- c. Polusi :-

5. Riwayat Psikososial

- a. Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
- b. Organisasi di masyarakat : -
- c. Suasana hati : -
- d. Tingkat perkembangan : -

6. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Inspeksi : Tidak terdapat kelainan pada kepala, volume rambut merata

Palpasi : Tidak adanya benjolan, tidak terdapat nyeri tekan

b. Mata

Inspeksi : Simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera ikterik

c. Hidung

Inspeksi : Simetris, tampak bersih, tidak ada polip peradangan (-)

- Palpasi : Tidak adanya nyeri saat ditekan
- d. Mulut dan tenggorokan
Inspeksi : bibir mukosa kering, tenggorokan normal/ tidak sulit menelan
- e. Telinga
Inspeksi : bersih, bentuk simetris
Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan
- f. Leher
Inspeksi : simetris, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid
Palpasi : tidak ada benjolan
- g. Kelenjar limfe
Inspeksi : tidak terdapat pembengkakan didaerah aksila
Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan
- h. Paru- paru
Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada alat bantu napas
Palpasi : kanan kiri sama
Perkusi : redup
Auskultasi : visikuler
- i. Jantung
Inspeksi : simetris
Palpasi : teraba denyut jantung
Perkusi : redup
Auskultasi : s1/s2 reguler
- j. Abdomen
Inspeksi : perut terlihat ada pembesaran
Auskultasi : terdengar bising usus 20 kali/ menit
Palpasi : ada nyeri tekan
- k. Genetalia
Inspeksi : tidak terpasang kateter

- l. Ektremitas atas
m. Ekstremitas bawah

Atas 5 | 5
Bawah 5 | 5

- n. Kulit

Inspeksi : elastis, kembali kurang dari 1 detik

Palpasi :

Data penunjang

- a. Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Cholesterol total	183	Mg/dl	< 200
Hdl-cholesterol	50,2	Mg/dl	>55
Ldl- cholesterol	100,3	Mg/dl	< 150
Trigliserida	162,3	Mg/dl	>200
Ureum	78.8*	Mg/dl	10 – 50
Creatinin	3,67*	Mg/dl	L:0,7-1.;P:0,5-1.1
Asam urat	6,73	Mg/dl	L : 3,4- 7.0 ;P : 2.4 -5.7
SGOT	18.7	U/L	L : < 38; P : < 32
SGPT	17.8	U/L	L : < 41 ; P : < 31

- b. Rongent

Poto thorax AP,supine ,simetris ,inspirasi dan kondisis cukup hasil.

- Tampak corakan bronchovaskular normal
- Tak tampak pelebaran pleural space bilateral
- Cor CTR > 0,56
- Sistema tulang yang tervisualisasi intake

Kesan

- Pulmo dalam batas normal

- c. Ct scan : -
- d. Echo cardiografi : -
- e. Eeg : -
- f. Terapi / pengobatan
 - Inf. Asering
 - IJ. Ondansetron 8mg / 24 jam IV
 - IJ. Pantoprazol 40 mg / 24 jam IV
 - IJ. Defenhidramin 10 mg IV
 - Po. Kandesartan 16 mg
 - Po. Betahestin 3x 6 mg
 - Po. Cloinidin 3x 0,5 mg

B. Analisa Data

1. **Data subjektif** : Klien mengatakan nyeri serta tidak nyaman di bagian epigastrium dia mengatakan nyerinya hilang datang . P : Saat melakukan aktifitas Q : seperti ditusuk- tusuk R : Epigastrium S: 5-6 T: kira – kira 10 menit klien saat nyeri pasien memegang perutnya **Data objektif** : Pasien tampak meringis, sesekali memegang perutnya TTV 130/79 mmHg Nadi: 80X/menit Suhu: 36,7 C RR : 22X/Menit SPO2 : 99%. **Etiologi** : Agen pencederaan biologis, berhubungan dengan inflamasi lambung **Problem** : Nyeri
2. **Data subjektif** : klien mengatakan semenjak dia sakit klien mengatakan hilangnya nafsu makandan makan hanya makan ½ porsi saja serta merasa mual, muntah dan kembung, klien juga mengatakan cepat kenyang ketika makan dan porsi makan sering tidak habis ibu klien mengatakan berat badan anaknya turun dari 65 kg menjadi 62 kg **Data objek** : makanan yang disajikan tidak habis **Etiologi** : ketidakmampuan mencerna makanan **Problem** : Resiko defisit nutrisi
3. **Data subjek** : klien Ny.N mengatakan sulit tidur saat sakit di sering terbangun tengah malam jam 24:00 wib dia juga mengatakan tidurnya tidak nyeyak serat susah untuk tidur lagi, jika bangun tengah malam dia

kesukitan untuk tidur lagi, ibunya mengatakan jika klien tidur sekitar 4-5 jam Ny. N terlihat nampak lemah serta tidak bersemangat. **Data Objektif:** klien sering terlihat menguap **Etiologi** : mengalami kesulitan tidur diakibatkan nyeri epigastrium **Problem:** Gangguan pola tidur

C. **Diagnosa keperawatan ,perencanaan keperawatan,implementasi dan evaluasi**

Dalam penulisan ini atau penerapan diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan dalam asuhan keperawatan nyeri kronis ini, penulis merujuk kepada sumber Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018), serta Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) untuk tahap evaluasi keperawatannya. Bisa dilihat dari penerapan dibawah ini sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis : **Data subjektif** : Klien mengatakan nyeri serta tidak nyaman di bagian perutnya . P :Saat melakukan aktifitas Q : seperti ditusuk- tusuk R : Epigastrium S: 5-6 T: kira – kira 10. **Data objektif** : TTV 130/79 mmHg Nadi: 80X/menit Suhu: 36,7 C RR : 22X/Menit SPO2 : 99%. Pasien tampak meringis,seekali memegang perutnya

a. **Perencanaan**

Tujuan:Tujuan perawatan diberikan kepada Ny.N setelah dilakukan perawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri pasien dari 6 menjadi 2 , pola tidur membaik dari 4 jam menjadi 7 jam: : identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

b. **Intervensi keperawatan:**

Manajemen nyeri dengan: a. Identifikasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. b. observasi respon non verbal dari nyeri. c. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. d. Ajarkan teknik non-farmakologis yaitu teknik relaksasi napas. e. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesic jika perlu.

c. Implementasi:

Data (DAR) Data: klien mengatakan nyeri diarea epigastrium P = saat melakukan aktivitas, Q = seperti ditusuk -tusuk, R = epigastrium, S = 5-6 T = 10 menit Implementasi hari pertama tanggal 6 november 2021 tindakan yang diberikan kepada Ny.N 07:00 WIB adalah: Action. a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b. mengidentifikasi skala nyeri. c. mengidentifikasi respon nyeri klien mengatakan nyeri di daerah perut nyeri hilang timbul. Data Objektif: pasien meringis saat nyeri timbul. Pada pukul 08:15 mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan respon klien mampu mempraktikkan teknik yang diajarkan saat nyeri timbul, pukul 09:30 memberikan terapi non-farmakologis Respon: masih terasa nyeri TTV dengan hasil tekana darah: 130/80 mmhg, nadi: 87x/menit, dan pernafasan: 20x/ menit, serta suhu: 36, 5°C

Implementasi pada hari keduanya tanggal 7 november 2021 tindakan yang diberikan kepada Ny.N pada pukul 13.00 WIB adalah: a. Mengkaji intensitas nyeri dengan respon nyeri klien mengatakan nyeri di daerah perut, P = saat melakukan aktivitas, Q = seperti di tusuk tusuk, R = bagian epigastrium, S = 5-6 T = nyeri hilang timbul. Data Objektif: pasien meringis saat nyeri timbul. Pukul 15.00 WIB, mengukur TTV dengan hasil tekana darah: 130/90 mmhg, nadi: 85x/menit, dan pernafasan: 21x/ menit, serta suhu: 36, 6°C. Pada pukul 15.35 WIB mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan respon klien mampu mempraktikkan teknik yang diajarkan saat nyeri timbul, pukul 15. 30 WIB

Implementasi hari ketiga yaitu tanggal 8 November 2021 tindakan yang diberikan kepada Ny.N pada pukul 08:30 WIB adalah: a. Intensitas

nyeri dengan respon nyeri klien mengatakan nyeri didaerah perut menjadi berkurang . P = saat melakukan aktivitas, Q = seperti ditusuk-tusuk, R = dibagian epigastrium, S = 4, T = nyeri hilang timbul. Data Objektif: pasien meringis saat nyeri timbul. Pukul 10:20 WIB, lalu mengukur TTV didapatkan hasil tekana darah: 130/80 mmhg, nadi: 90x/menit, dan pernafasan: 20x/menit, serta suhu: 36,5°C. Pada puku 10:40 WIB mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan respon klien mampu mempraktikan teknik yang diajarkan saat nyeri timbul terapi non farmakologis relaksasi napas dalam.

d. Evaluasi

Evaluasi tanggal 6 November 2021, Data Subjektif: P = saat melakukan aktivitas, Q = seperti ditusuk – tusuk , R = bagian epigastrium , S = 5-6 T = 10 menit, nyeri hilang timbul. Data Objektif: klien tampak meringis saat nyerinya timbul, klien tampak memegang perut saat nyeri timbul. Analisa: masalah belum teratasi. Perencanaan: lanjutkan intervensi.

Evaluasi tanggal 7 November 2021, Subjektif: P = saat pasien melakukan aktivitas, Q = seperti dituduk- tusuk , R =di bagian epigastrium, S = 6, T = nyeri hilang timbul. Data Objektif: wah pasien meringis saat nyeri timbul. Objektif: wajah pasien meringis saat nyeri timbul, klien masih tampak memegangi perutnya sesekali. Analisa: masalah sudah teratasi sebagian. Perencanaan: lanjutkan intervensi.

Evaluasi tanggal 8 November 2021, Subjektif: P = saat pasien melakukan aktivitas, Q = seperti dituduk- tusuk , R = di bagian epigastrium, S = 4, T = nyeri hilang timbul. Data Objektif: pasien meringis saat nyeri timbul. Objektif: wajah pasien meringis saat nyeri timbul, pasien masih terlihat memegangi perutnya sesekali. Analisa: masalah sudah teratasi sebagian. Perencanaan: lanjutkan intervensi.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan klien mengatakan semenjak dia sakit klien mengatan hilangnya nafsu makan dan makan hanya makan ½ porsi saja serta merasa mual,muntah dan kembung,klien juga mengatakan cepat kenyang ketika makan dan

porsi makan sering tidak habis ibu klien mengatakan berat badan anaknya turun dari 65 kg menjadi 62 kg

a. Perencanaan

Tujuan dari perawatan yang akan diberikan perawat kepada Ny.N setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam / klien mengalami defisit nutrisi dengan kriteria hasil: porsi makan yang dihabiskan dari 2 sendok menjadi 7 sendok makan. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada Ny.N adalah: identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan suplemen makan jika perlu, anjurkan diet yang diprogramkan, kolaborasi dalam melakukan pemberian medikasi sebelum dan sesudah makan

b. Intervensi keperawatan

Tujuan dari pemberian perawatan kepada Ny.N setelah diberikan status nutrisi membaik a. identifikasi status nutrisi b. identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. identifikasi makanan yang di sukai d. identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e. monitor asupan makanan .f monitor berat badan g. kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan

c. Implementasi

Hari pertama tanggal 6 November 2021 pukul 09: 00 WIB mengedukasi klien dalam pemenuhan makanan dan menjelaskan pentingnya nutrisi sesuai dengan kebutuhan tubuh yang cukup 11:00 WIB Menganjurkan klien agar menghabiskan porsi makanan yang telah di sediakan sesuai dengan kebutuhan harian yang telah di siapan oleh pihak rumah sakit,dan menghindari makanan yang tinggi lemak serta makanan yang pedas karena akan memperburuk penyakit yang ia derita saat ini.

Hari kedua 7 November 2021 pukul 11:00 WIB memberitahu klien manfaat dari pemenuhan kebutuhan harian yang sesuai dengan pola makan yang sehat serta menghindari makanan yang dapat memicu memperparah penyakitnya

Hari ke tiga 8 November 2021 pukul 08:00 WIB mengajarkan pemberian makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi. serta mengajarkan pola makan yang porsi sedikit tetapi sering.

d. Evaluasi

Tanggal 6 November data subjektif : pasien mengatakan makannya sering tidak habis dikarenakan merasa mual serta muntah jika terlalu banyak makan, dan cepat merasa kenyang data objektif : makanan yang disediakan dalam piring dari rumah sakit tampak tidak dihabiskan.

Tanggal 7 November 2021 data subjektif : pasien sudah mulai paham manfaat dari pemenuhan kebutuhan hariannya terutama untuk proses penyembuhan dan bisa menyebutkan jenis makan yang dapat memperparah penyakitnya.

Tanggal 8 November 2021 pasien sudah paham tentang jenis makanan yang baik dan sudah pahan makan sedikit tetapi sering agar bisa makanan tersebut bisa di cerna secara perlahan namun memenuhi kebutuhan hari. Masalah teratasi sebagian : Lanjutkan intervensi

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur

Data subjektif: klien Ny.N mengatakan sulit tidur saat sakit di sering terbangun tengah malam jam 23: 00 wib dia juga mengatakan tidurnya tidak nyeyak serta susah untuk tidur lagi, jika bangun tengah malam dia kesukitan untuk tidur lagi, ibunya mengatakan jika klien tidur sekitar 4-5 jam saja **Data objektif:** Ny.N terlihat nampak lemah serta tidak bersemangat.

a. Perencanaan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Ny.N dapat memperbaiki pola tidurnya dengan Kriteria Hasil: pola tidur membaik dari 4jam menjadi 7-8 jam, pola istirahat membaik, kemampuan beraktivitas meningkat. serta jelaskan kepada Ny.N untuk mengurangi tidur siang agar tidak sulit untuk istirahat di malam hari.

b. Intervensi keperawatan:

Intervensi yang akan diberikan kepada Ny.N adalah dukungan tidur: a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. b. identifikasi faktor pengganggu tidur.c.identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. d. Modifikasi lingkungan untuk mempermudah pasien tertidur. e.lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. f. jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit g. tetapkan jadwal tidur rutin h.jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit.

c. Implementasi

Tanggal 6 November 2021 membantu klien dalam memodifikasi lingkungan agar mempermudah klien dalam beristirahat ,dan menjelaskan kepada klien pentingnya tidur siang yang cukup selama sakit mengajarkan klien dalam mengkosumsim makana yang dapat mempersulit proses tidur.

Tanggal 7 November 2021 mengajarkan kepada klien teknik relaksasi otot autogenik dan terapi air hangan guna mempermudah proses istirahat apa yang sudah perawat jelaskan.

Tanggal 8 November melakukan modifikasi lingkungan untuk meningkatkan situasi kenyamanan lingkungan agar mudah dalam istirahat dan tidur guna proses penyembuhan.

d. Evaluasi :

Tanggal 6 November 2021, **Data Subjektif:** Klien mengatakan susah untuk tidur dan sering terlelap di malam hari , pasien tidur malam hanya 4- 5 jam Pasien mulai tidur malam sekitar pukul 23.00 WIB. **Data Objektif:** Klien terlihat mengantuk, sesekali terlihat menguap dan matanya memerah. **Analisa:** Masalah belum teratasi. **Perencanaan:** Lanjutkan intervensi

Tanggal 7 November 2021, **Data Subjektif:** Klien mengatakan sudah bisa melakukan teknik relaksasi otot autogenik . **Data Objektif:** Saat pasien diminta untuk menjelaskan kembali teknik yang sudah di ajarkan pasien bisa menjelaskannya dengan baik. **Analisa:** Masalah teratasi sebagian. **Perencanaan:** Lanjutkan intervensi

Tanggal 8 November 2021, **Data Subjektif:** Pasien mengatakan merasa sudah lebih nyaman dan ingin tidur saat dilakukan modifikasi lingkungan suhu dan cahaya kamar **Data Objektif:** Pasien terlihat tertidur setelah suhu ruangan diatur Analisa data: Masalah teratasi sebagian. **Perencanaan:** lanjutkan intervensi

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini membahas tentang pembahasan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan yang akan dilaksanakan ataupun yang diberikan kepada Ny.N untuk ditinjau dari sudut pandang maupun konsep teori. Pembahasan dalam bab ini lebih di spesifikasikan lagi pada aspek pengkajian diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan yang diberikan kepada Ny.N dengan dispepsia di Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak di ruangan Diamond.

A. Pengkajian

Untuk dalam tahap pengkajian ini, penulis akan melaksanakan pengkajian secara komprehensif kepada Ny.N dengan cara wawancara secara langsung dan pengamatan/ observasi kepada klien untuk menunjang data yang diperlukan dalam pengkajian. Perawat melakukan pengumpulan data dengan wawancara untuk menumpulkan informasi serta keluhan yang dirasakan klien atau masalah kesehatan yang dialami Ny. N dengan sistemik dan terus-menerus: metode wawancara ini sehingga memperoleh informasi kemudian dimasukkan dalam data subjektif yaitu bersumber dari klien, serta penulis juga melakukan pengamatan secara langsung yaitu data objektif mengamati secara langsung keadaan Ny. N keluhan yang dirasakan dan tanda gejala yang dialami Ny. N Pada pengkajian ini data subjektif dan data objektif merujuk pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Sehingga didapatkan informasi sebagai berikut:

Untuk pengkajian subjektif telah mendapatkan informasi dari hasil wawancara kepada klien Ny.N dia mengatakan nyeri di bagian epigastrium P; saat melakukan aktifitas Q: seperti ditusuk-tusuk R: epigastrium S: 5-6 T: kira-kira 10 menit bahwa penyakit yang dia derita saat ini kurang lebih sudah 7 hari sebelum masuk ke rumah sakit, keluhan yang dia rasakan seperti nyeri pada perut serta mual, muntah dan terasa kembung pada perutnya klien

mengatakan nyerinya berlangsung sekitar 10 menit apabila kambuh dan klien mengatak dia sangat lemah,nyeri pasien juga menyebutkan kurang paham apa itu penyakit dispepsia dan penyebabnya serta tanda dan gejalanya klien juga ternyata sering makan-makanan yang pedas serta asam. pasien tampak meringis menahan nyerinya.pasien juga mengatakan semenjak dia sakit klien mengalami sulit tidur terutama di malam hari karena sering terbangun di tengah malam dan sulit kembali untuk tidur dikarenakan nyeri pada perutnya dia mengatakan tidur malamnya berkisaran 4-5 jam saja pasien juga tampak lemah. Ny.N mengatakan dia juga mengalami pola tidur yang tidak teratur saat sakit Ny.N mengatakan dia sangat lemah dan tidak bersemangat.

B. Diagnosa

Untuk diagnosa utama yang akan diangkat pada Ny.N Dengan dyspepsia setelah di dapatkan data dari hasil pengkajian yang sudah dilakukan sehingga dapat di tentukan akan merujuk pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) dan dari buku Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).Untuk penentuan diagnosa utama yang akan akan diberikan pada Ny. N penulis menentukan masalah utamanya atau diagnose utama lebih memfokuskan pada asuhan keperawatan yang akan diberikan sehingga lebih maksimal dalam pemberian asuhan keperawatannya yang akan penulis berikan serta dapat dpat diberikan memenuhi kriteria hasil sesuai yang diharapkan .

Pada diagnosa utama yang utama atau prioritas pada Ny.N adalah nyeri akut, penyebab utama nyerinya adalah kekosongan lambung dapat mengakibatkan erosi pada lambung akibat gesekan antara dinding-dinding lambung, kondisi demikian dapat mengakibatkan peningkatan produksi HCL yang akan merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung, sehingga rangsangan di medulla oblongata membawa impuls muntah sehingga intake tidak adekuat baik makanan maupun cairan Nyeri dan rasa tidak nyaman pada perut atas atau dada mungkin disertai dengan sendawa dan suara usus yang keras (borborigmi). Penyakit dispepsia adalah suatu kondisi medis yang

ditandai dengan nyeri atau rasa tidak nyaman pada perut bagian atas atau ulu hati (Irianto, 2015) dalam Fithriyana (2018)

.Pada beberapa penderita, makan dapat memperburuk nyeri; pada penderita yang lain, makan bisa mengurangi nyerinya. Selain itu juga penulis menambahkan diagnosa lagi yang telah di dapatkan pada Ny.N yaitu deficit nutrisi karena beberapa teori yang menjelaskan bahwa dispepsia juga bisa menyebabkan pasien sulit untuk makan yang tidak teratur memicu timbulnya berbagai penyakit karena terjadi ketidak seimbangan dalam tubuh. Ketidakteraturan ini berhubungan dengan waktu makan. Biasanya, ia berada dalam kondisi terlalu lapar namun kadang-kadang terlalu kenyang, Sehingga kondisi lambung dan pencernaannya menjadi terganggu. Faktor yang memicu produksi asam lambung berlebihan, diantaranya beberapa zat kimia, seperti alkohol, umumnya obat penahan nyeri, asam cuka. Makanan dan minuman yang bersifat asam, makanan yang pedas serta bumbu yang merangsang, semua faktor pemicu tersebut dapat mengakibatkan dispepsia.

Untuk diagnosa yang ketiga yaitu gangguan pola tidur karenakan dispepsia juga menyebabkan pasien kesulitan untuk tidur Menurut (Sari, 2018) gastritis bukan merupakan penyakit tunggal, tetapi terbentuk dari beberapa kondisi yang kesemuanya itu mengakibatkan peradangan pada lambung sehingga klien mengalami ketidaknyamanan terutama saat istirahat Tetapi factor – factor lain seperti trauma fisik dan pemakaian secara terus menerus beberapa obat penghilang sakit dapat juga menyebabkan gastritis. Evaluasi dalam dunia keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan guna mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

Pengkajian subjektif pada Ny.N mengatakan penyakit dispepsia yang dia derita sekarang sudah terjadi 7 hari sebelum masuk ke rumah sakit, keluhan utama yang dia rasakan adalah nyeri di bagian perutnya ,disertai mual serta muntah dan juga merasa cepat kenyang jika makan nyeri yang dirasakan berlangsung kurang lebih 10 menit ,nyerinya seperti di tusuk – tusuk klien juga tampak meringis menahan nyerinya saat kambuh, klien juga

mengalami sulit untuk tidur terutama di malam hari karena sering terbangun jadi sulit kembali untuk tidur waktu tidur Ny.N hanya 4-5 saja sedangkan tidur siang klien jarang .Klien mengatakan tidak tau tentang penyakitnya,tidak megerti tentang dyspepsia klien juga menyebutkn jika dia masih sering makan-makanan yang pedas serta tinggi lemak pasien tidak merokok dan tidak minum alcohol.

Pengkajian objektif pada klien tampak terlihat meringis,klien tampak gelisah dan juga sesekali memegang perutnya,klien juga tampak mengantuk karena kurang tidur di malam hari,klien juga tampak lemah serta tamapak sedikit binggung mengenai penyakitnya saat ditanyakan. Dari ketiga diagnosa yang di dapatkan pada klien yang ditemukan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedaraan biologis penulis mengangkat sebagai diagnosa utamanya.

C. Intervensi

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

makanan, manajemen nutrisi (I.03119), observasi: identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, monitor asupan makanan dan monitor berat badan. Terapeutik: lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu, oral hygiene sebelum makan, jika perlu, fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan), sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan protein, berikan suplemen makanan, jika perlu, hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat di toleransi. Edukasi, anjurkan posisi duduk, ajarkan diet yang di programkan. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur kode (D 0055)

Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x 30 menit di harapkan Tingkat nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri Menurun, Meringis menurun, Kesulitan Tidur menurun, Mual Menurun, Frekuensi nadi membaik, Perilaku membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik.

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

D. Implementasi

Untuk pada tahapan implementasi keperawatan ini penulis akan melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana atau intervensi keperawatan yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Sesuai dengan kondisi yang memungkinkan sumber daya, untuk pelaksanaan asuhan keperawatan ini ada teknik nonfarmakologis, penulis memilih metode untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami klien dengan metode relaksasi nafas dalam guna meringankan rasa nyeri yang dialami klien. Dari metode tersebut diharapkan bisa menghilangkan rasa nyeri secara signifikan dan berarti untuk klien, penulis juga menambahkan pendidikan kesehatan guna menambah pengetahuan klien guna mengetahui tentang penyakitnya dan mengetahui makanan maupun minuman yang patut dihindari guna mencegah kembali kekambuhan penyakitnya

Intervensi yang dilakukan pada pasien ialah pemberian analgetik jika sesudah berkolaborasi dengan dokter, pemberian sesuai anjuran dokter dan pasien sudah bisa mengatasi nyeri menggunakan terapi non farmakologi yang sudah diajarkan oleh perawat.

E. Evaluasi

Untuk pada tahap ini merupakan tahap akhir dari suatu proses penulisan asuhan keperawatan untuk penilaian seberapa jauh suatu keberhasilan ataupun tujuan dan kriteria hasil yang bisa didapatkan dari implementasi keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien. penulis melakukan evaluasi pada tanggal 6 November 2021 dan 7 November 2021 yang diperoleh adalah keluhan nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencederaan biologis yang dialami oleh Ny. N adalah belum teratasi secara penuh sampai hari terakhir implementasi

Pada masalah nyeri akut pada Ny. N sebelumnya pengkajian P : pasien melakukan aktifitas Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Pada bagian perut S : 5-6 T : 10 Menit nyerinya hilang datang, setelah dilakukan implementasi tanggal 8 November 2021 ada mengalami penurunan dari 5-6 menjadi 4

dengan timing nyeri hilang datang,tetapi pasien masih mengeluh nyeri tetapi sudah sedikit ringan. Sehingga di dalam implementasi keperawatan yang di dapatkan penulis adalah sudah teratasi sebagian. Untuk mendapatkan hasil yang baik sehingga implementasi harus dilakukan secara terus menerus untuk mencapai hasil yang maksimal sesuai yang diinginkan

Sedangkan metode asuhan keperawatan terapi relaksasi napas dalam klien merasakan sedikit nyerinya berkurang dengan itu harus dilakukan secara berkesinambungan dan sering.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan yang dituliskan berdasarkan pada masalah serta tujuan penulisan bagaimana teori yang sudah diterapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara benar serta mendapatkan hasil yang diperoleh dan kemudian serta saran yang dituliskan untuk menguatkan teori untuk mengatasi hambatan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan yang optimal dan baik.

A. Kesimpulan

1. Pada saat pengkajian Ny. N mengatakan penyakit dispepsia yang dia alami saat ini sudah 7 hari sebelum masuk kerumah sakit nyeri hilang datang. Keluhan utamanya adalah nyeri dibagian perut nyeri terjadi saat pasien beraktivitas sekitar 10 menit nyerinya seperti di tusuk – tusuk pasien menahan rasa sakit dengan skala nyeri yang dirasakan pasien 5-6. Klien mengatakan susah untuk tidur pada malam hari dan sering terbangun dan sulit kembali untuk tidur sedangkan tidur siang jarang. Pasien mulai tidur malam sekitar pukul 23.00 WIB. Klien mengatakan tidak mengetahui tentang apa itu penyakit dispepsia dan pasien kurang paham cara pencegahna penyakitnya pasien mengatakan masih ssering makan – makanan yang pedas serta berlemah berlemak itu terkaji saat pasien mengatakan pola makan yang tidak baik untuk kesehatanya.
2. Pada diagnosa keperawatan yang di dapatkan pada Ny.N yaitu ada tiga pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan biologis dan yang kedua defisit nutrisi berhubungan mual muntah serta yang ketiga Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur. Itu ketiga diagnosa yang diangkat dari kasus Ny.N selama masa perawatan di rumah sakit.
3. Pada intervensi keperawatan yang sudah didapatkan dari ketiga diagnosa yang ditemukan pada kasus Ny.N adalah yang pertama manajemen nyeri

serta status nutrisi dan pola tidur. intervensi yang dilakukan sudah sesuai dengan teori yang ada di buku standar intervensi keperawatan indonesia.

4. Implementasi yang dilaksanakan dalam asuhan keperawatan ini yang dilakukan selama 3 hari yaitu tanggal 6 November 7 November 8 November 2021 adalah melakukan tindakan manajemen nyeri, serta edukasi kesehatan dan pola tidur Untuk metode nonfarmakologis yang digunakan yaitu teknik relaksasi nafas dalam mengurangi tingkatan nyeri saat berlangsungnya guna memperbaiki kondisi klien Untuk metode asuhan keperawatan terapi relaksasi napas dalam klien merasakan nyeri sedikit berkurang dengan sementara saja sehingga dibutuhkan pengaplikasian yang sering guna meningkatkan status kenyamanan pasien terapi i air hangat yang digunakan untuk mengatasi kesulitan tidur respon pasien sangat baik saat dilakukan terapi tersebut pasien langsung ingin tertidur dan merasa lebih baik dari sebelumnya. Sedangkan pendidikan kesehatan yang dilakukan pada tanggal 7 November yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit dispepsia dan merubah pola hidup pasien menjadi lebih sehat sudah dipahami pasien dengan cukup baik yang berguna selama masa pemulihan serta waktu yang akan datang. Hal ini tampak saat pasien diberikan pertanyaan pasien tampak sudah bisa menjawab pertanyaan sesuai yang ditanyakan serta pemberian obat analgetik jika sudah berkolaborasi dengan tenaga kesehatan baru bisa diberikan.
5. Hasi untuk evaluasi dari ketiga diagnosa yang telah dilakukan tindakan selama 3 hari adalah Subjektif: P = saat pasien melakukan aktivitas terlalu sering, Q = seperti di tuduk - tusuk, R = dibagian perut, S = 4, T = nyerihilang datang. Data Objektif: wajah pasien masih terlihat meringis menahan nyeri tapi hanya sesekali, klien tampak sudah bisa melakukan aktivitas baik dari sebelumnya. Analisa: masalah teratasi sebagian. Perencanaan: lanjutkan intervensi secara terus menerus sampai nyeri hilang

B. Saran

Berdasarkan hasil dari kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran sebagai dasar guna meningkatkan asuhan keperawatan khususnya pada kasus nyeri akut pada dispepsia yaitu sebagai berikut:

1. Ada pun saran untuk menghindari kebiasaan Kebiasaan mengkonsumsi berupa makanan dan minuman, seperti makan pedas, asam, minum kopi, dan minuman beralkohol bisa juga dapat meningkatkan resiko gejala dispepsia. Suasana yang sangat asam didalam lambung dapat membunuh organisme pathogen yang tertelan bersamaan dengan makanan. Namun, bila barrier lambung telah rusak, maka lingkungan yang sangat asam didalam lambung akan memperberat iritasi pada dinding lambung (Riani, 2015). Mengkonsumsi berupa makanan dan juga minuman yang bisa merangsang asam lambung dapat menyebabkan peradangan pada lambung dan bisa menyebabkan ulkus peptikum pada lambung sehingga sangat diharapkan agar selalu menjaga pola makan dengan makanan makanan yang tidak merangsang terjadinya peningkatan asam lambung. (Riani, 2015)
2. Untuk tenaga kesehatan
Diharapkan mampu memberikan edukasi kepada tentang pendidikan kesehatan terutama penyakit dispepsia guna menghindari gejala penyakit dispepsia sebagai bahan bekal dalam menghindari timbulnya penyakit tersebut.
3. Untuk mahasiswa diharapkan bisa memberikan mempersiapkan mahasiswa/i guna memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat supaya bisa disampaikan bisa diterima oleh masyarakat dan bisa menjadi pedoman dalam model untuk masyarakat.
4. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan diruangan khususnya Ruangan Diamond Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak.

Daftar Pustaka

- Aru W. Sudoyo., dkk. (2014). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi VI. Ilmu Penyakit Dalam : Interna Publishing
- Depkes RI. (2015). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta
- Dinoyo DS. 2013. Buku Ajar keperawatan Medikal Bedah: Sistem Pencernaan. Jakarta: Prenada Media Group
- Eusebi, L. H., Ratnakumaran, R., Bazzoli, F., & Ford, A. C. (2018). *Prevalence of Dyspepsia in Individuals With Gastroesophageal Reflux–Type Symptoms in the Community: A Systematic Review and Meta-analysis. Clinical Gastroenterology and Hepatology* <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.07.041>
- Fithriyana, (2018). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DISPEPSIA PADA PASIEN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANGKINANG KOTA*. Jurnal Kesehatan Masyarakat. Vol, 2(2), 43- 53.
- Hidayat, A. (2013). Buku keperawatan dasar manusia health. Surabaya: Books
- Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan. Singapura : El
- Ida, M. (2016).Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan. Jakarta: Pustaka Baru Press.
- Irianto, Koes. 2015. Memahami Berbagai Macam Penyakit. Bandung: Alfabes
- Kim, S. E., Park, H. K., Kim, N., Joo, Y. E., Baik, G. H., Shin, J. E., Seo, G. S., Kim, G. H., Kim, H. U., Kim, H. Y., Kim, S. M., Seo, J. H., Park, E. H., & Cho, S. Il. (2014). *Prevalence and risk factors of functional dyspepsia: A nationwide multicenter prospective study in Korea. Journal of Clinical Gastroenterology*. <https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e31828f4bc9>
- Purnamasari, L. (2017). Faktor risiko, klasifikasi, dan terapi sindrom dispepsia. 870
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.
- Riani. (2015). Hubungan tidak sarapan pagi, jenis makanan dan minuman yang memicu asam lambung dengan kejadian dispepsia pada remaja usia 15-19 tahun di desa tambang . 45.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2015). Buku ajar keperawatan dasar. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Schellack, N., Schellack, G., van der Sandt, N., & Masuku, B. (2015). Gastric pain. In South African Family Practice. <https://doi.org/10.4102/safp.v57i5.4324>
- Sari, A. D. (n.d.). Evaluasi Proses Keperawatan Pada Pasien Gastritis. 2018.<https://osf.io/preprints/inarxiv/wnzdy/download>
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta : DPP PPNI
- WHO. (2015). Maternal Mortality. In : Reproduction Health And Research, Editor. Geneva : World Health Organization
- Wulan, Ni Putu. (2014). Program Self- Management: Atasi Nyeri dan Tingkatkan Kualitas Hidup Penderita Kanker. Surabaya : Jurnal Ners Lentera Vol.2 <https://www.neliti.com/publications/231956/program-self-management-atasi-nyeri-dan-tingkatkan-kualitas-hidup-penderita-kanker>.
- Yuriko, A. (2013). Hubungan pola makan dengan kejadian depresi pada penderita dispepsia fungsional. p. 1.

