

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn.L DENGAN DIAGNOSA
DISPEPSIA DI RUANG KH. HASYIM ASY'ARI RSI NU
DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Memperoleh Gelar Ahli Madya



Disusun Oleh:

Hanif Alya Nugraheni
NIM. 40902000036

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn.L DENGAN DIAGNOSA
DISPEPSIA DI RUANG KH. HASYIM ASY'ARI RSI NU
DEMAK**

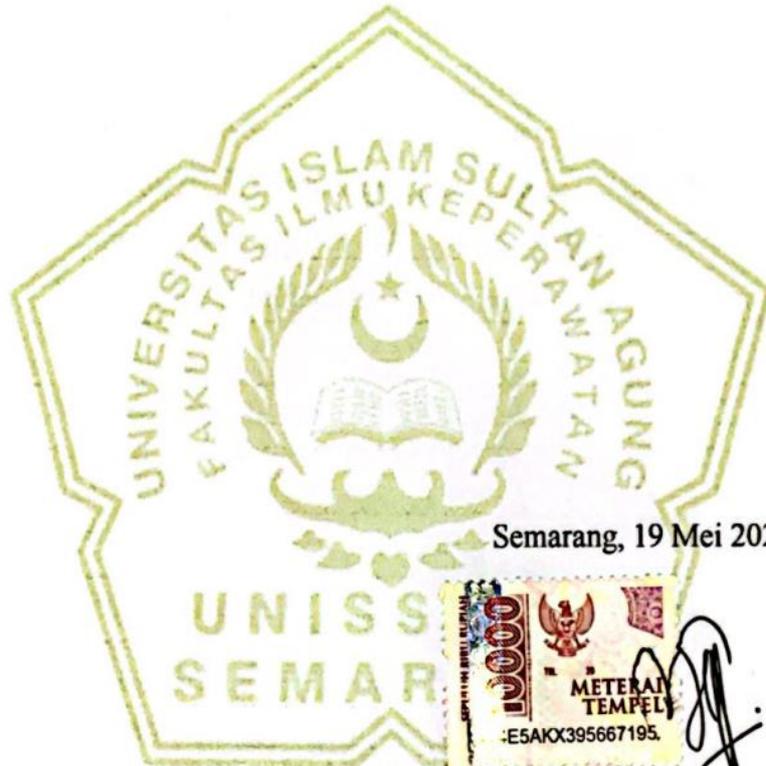
Karya Tulis Ilmiah



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2023**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



Semarang, 19 Mei 2023

Hanif Alya Nugraheni
(40902000036)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn.L DENGAN DIAGNOSA DISPEPSIA DI RUANG KH. HASYIM ASY'ARI RSI NU DEMAK

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Hanif Alya Nugraheni

NIM : 40902000036

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk
dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula Semarang pada :

Hari : Jum'at

Tanggal : 14 April 2023

Pembimbing



Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep

NIDN. 0620057604

HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Rabu tanggal 24 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji

Semarang, 24 Mei 2023

Penguji I,

Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIDN. 06-2006-8504



Penguji II,

Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep, Sp.KMB
NIDN. 06-0203-7603



Penguji III,

Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep
NIDN. 06-2005-7604



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep
NIDN. 0622087403

MOTTO

“Berbuatlah baik tanpa perlu alasan”

“Bahagia tidak selalu tentang uang. Tapi Bahagia juga membutuhkan uang”



KATA PENGANTAR



Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Nn.L dengan Diagnosa Dispepsia Di Ruang Kh. Hasyim Asy’ari RSI NU Demak” dengan baik dan lancar tanpa ada suatu kendala yang berarti. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya. Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sangatlah sulit untuk menyelesaikan proposal ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan banyak terimakasih kepada yang terhormat :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan kesehatan dan Rahmat-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM., M.Kep Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep selaku kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep selaku dosen pembimbing yang bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan nasehat yang berharga dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Segenap dosen pengajar dan staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan ilmu, pengetahuan serta fasilitas selama saya menjadi mahasiswa di Fakultas Ilmu Keperawatan.
7. Rumah Sakit Islam NU Demak, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melakukan praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh sehingga saya dapat mengambil studi kasus yang digunakan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

8. Kepada kedua orang tua saya, karya tulis ilmiah ini saya persembahkan untuk mewujudkan keinginan Bapak dan Ibu bahwa anak perempuannya menjadi seorang perawat, terimakasih selalu memberi dukungan material dan doa agar penulisan karya tulis ilmiah ini berjalan dengan lancar.
9. Diri saya sendiri, yang telah mampu kooperatif dalam mengerjakan karya tulis ilmiah. Terimakasih karena selalu berpikir positif ketika keadaan sempat tidak berpihak, selalu berusaha mempercayai diri sendiri, terimakasih untuk tidak menyerah walau seringkali merasa kalah dan terimakasih sudah berhasil sampai di titik ini. Semangat!
10. Kepada teman-teman yang mewarnai hidup saya selama menjadi anak kost. Terimakasih sudah menjadi penyemangat untuk dapat mewujudkan harapan orangtua saya.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Namun demikian, penulis selalu berusaha untuk memberikan yang terbaik. Maka dari itu, penulis sangat membutuhkan saran dan kritik sebagai evaluasi bagi penulis. Penulis berharap karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi semua pihak.

Semarang, 19 Mei 2023

Hanif Alya Nugraheni

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
1. Tujuan Umum	2
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
A. Konsep Dasar Penyakit Dispepsia	4
1. Pengetian.....	4
2. Etiologi.....	4
3. Patofisiologi	5
4. Manifestasi Klinis	8
6. Komplikasi	10
7. Penatalaksanaan Medis	10
8. Penatalaksanaan Keperawatan	10
B. Konsep Dasar Keperawatan	15
1. Pengkajian Keperawatan.....	15
2. Diagnosa Keperawatan	17
3. Intervensi Keperawatan.....	18

	4. Implementasi Keperawatan.....	25
	5. Evaluasi Keperawatan.....	26
	C. Pathways	27
BAB	III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	28
	A. Pengkajian Keperawatan.....	28
	1. Data umum.....	28
	2. Pola kesehatan fungsional (Data Fokus).....	29
	3. Pemeriksaan fisik (Head to toe).....	34
	4. Data penunjang	35
	B. Analisa Data	36
	C. Diagnosa Keperawatan.....	37
	D. Rencana Keperawatan.....	37
	E. Implementasi.....	38
	F. Evaluasi.....	42
BAB	IV PEMBAHASAN.....	44
	A. Definisi.....	44
	B. Pengkajian.....	44
	C. Diagnosa.....	45
	D. Intervensi.....	47
	E. Implementasi.....	48
	F. Evaluasi.....	49
BAB	V PENUTUP.....	50
	A. Simpulan	50
	B. Saran.....	51
	DAFTAR PUSTAKA	53
	LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Pathway dyspepsia	27
-------------------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Form Bimbingan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2. Asuhan keperawatan
- Lampiran 3. Satuan Acara Penyuluhan Kesehatan Dispepsia



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bentuk paling umum dari dispepsia adalah kumpulan berbagai kondisi klinis yang dapat mengakibatkan nyeri anggota tubuh, perut kembung, cepat kenyang, mual dan muntah. Beragam penyakit muncul akibat mengonsumsi makanan yang tidak sehat karena menyebabkan ketidakseimbangan dalam tubuh. Pencernaan dan kesehatan lambung dirugikan oleh hal ini. Produksi asam lambung ditingkatkan oleh sejumlah bahan kimia, termasuk alkohol, obat penghilang rasa sakit pada umumnya, dan cuka. Gangguan pencernaan dapat disebabkan oleh makanan pedas, makanan dan minuman asam, dan rempah-rempah yang merangsang (Kedoh, 2021).

Dispepsia merupakan penyakit tidak menular yang tidak hanya terjadi di Indonesia tetapi juga di belahan dunia lainnya. WHO memperkirakan, angka kematian akibat penyakit tidak menular akan meningkat menjadi 73% dan angka morbiditas menjadi 60% di dunia, sedangkan negara-negara SEARO (*South East Asian Regional Office*) diprediksi bahwa mortalitas dan morbiditas dari penyakit tidak menular meningkat 50% dan 42% (Setiandari Lely Octaviana et al., 2021). Sekitar 15-40% orang di seluruh dunia menderita dispepsia. Setiap tahun, 25% dari populasi dunia dipengaruhi oleh gangguan ini. Di Asia, prevalensi dispepsia sekitar 8-30%. Di Indonesia, dispepsia menempati urutan ke-5 dari 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat inap dan urutan ke-6 pada pasien rawat jalan (Melina et al., 2023). Berdasarkan laporan kunjungan rawat jalan dari Puskesmas di Kabupaten Demak, dispepsia merupakan 10 penyakit terbanyak di Kabupaten Demak tahun 2021 dengan jumlah kasus sebanyak 10.986 kasus, yaitu sekitar 5% dari penyakit yang ada di penduduk Demak (DinKes Demak, 2021).

Dispepsia bisa berbahaya jika dibiarkan dan berlanjut ke kondisi yang lebih berbahaya seperti peradangan lambung atau gastritis. GERD atau *gastroesophageal reflux disease* yang disebabkan lemahnya katup di esofagus bagian bawah, infeksi lambung dan akhirnya dapat menjadi kanker lambung. Secara umum, tingkat pengetahuan pencegahan dan pengobatan penyakit dispepsia dalam masyarakat masih rendah sehingga mudah memicu terjadinya penyakit tersebut (Permana & Denny Nugraha, 2020).

Peran perawat dalam menangani pasien dispepsia adalah mengelola nyeri abdomen yang berupa perawatan kepada pasien agar dapat mengontrol rasa nyeri yang diderita dengan cara menggunakan tindakan non farmakologi teknik relaksasi nafas dalam (Ardiyanto, 2019). Selain itu, edukasi pasien mengenai penyebab gangguan pencernaan, dispepsia, dan makanan yang dapat memperburuk kondisi merupakan komponen kunci dalam merawat pasien dispepsia. Selain itu, perawat bertugas membantu pasien dalam menentukan faktor apa, seperti mengonsumsi makanan atau alkohol atau berhenti dari makanan yang mudah tersinggung seperti kopi, yang dapat menyebabkan peningkatan gejala stress (Muti, 2019).

Berdasarkan latar belakang diatas, bahwa tingkat kejadian penderita penyakit dispepsia masih tinggi karena tingkat pengetahuan pencegahan dan pengobatan penyakit dispepsia dalam masyarakat masih rendah sehingga kasus dispepsia memerlukan penanganan dan pengawasan khusus dari tenaga kesehatan. Maka penulis tertarik untuk melakukan studi dokumentasi mengenai asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami kasus dispepsia di ruang Kh.Hasyim Asy'ari Rumah Sakit NU Demak ini guna dapat menjadi edukasi tentang tindakan mencegah dan menangani kasus dispepsia.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Dengan diagnosis dispepsia di ruang KH, penulis mampu menggambarkan asuhan keperawatan di Nn.L. Hasyim Asy'ari RSI NU Demak.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu mengetahui konsep dasar penyakit dispepsia.
- b. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Nn.L dengan diagnosa dispepsia diruang KH.Hasyim Asy'ari RSI NU Demak.
- c. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa pada Nn.L dengan diagnosa dispepsia diruang KH.Hasyim Asy'ari RSI NU Demak.
- d. Mahasiswa mampu menyusun rencana tindakan pada Nn.L dengan diagnosa dispepsia diruang KH.Hasyim Asy'ari RSI NU Demak.
- e. Mahasiswa mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan pada Nn.L dengan diagnosa dispepsia diruang KH.Hasyim Asy'ari RSI NU Demak.
- f. Mahasiswa mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada Nn.L dengan diagnosa dispepsia diruang KH.Hasyim Asy'ari RSI NU Demak.
- g. Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien dispepsia.

C. Manfaat Penulisan

1. Institusi Pendidikan

Sebagai bahan acuan untuk kegiatan belajar mengajar mahasiswa tentang asuhan keperawatan dengan kasus dispepsia.

2. Profesi Keperawatan

Sebagai bahan acuan untuk meningkatkan peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan yang baik dan optimal.

3. Lahan Praktik

Sebagai bahan acuan meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif pada kasus dispepsia.

4. Bagi Masyarakat

Memberikan edukasi cara mencegah dan menangani kasus dyspepsia yang disertai dengan kesadaran dan perubahan perilaku dalam memahami kasus dispepsia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Dispepsia

1. Pengetian

Akar kata Yunani dari kata dispepsia adalah "dys" (buruk) dan "peps" (pencernaan), yang diterjemahkan menjadi "gangguan pencernaan." Istilah "dispepsia" mengacu pada rasa tidak nyaman atau nyeri pada perut bagian atas dengan keluhan seperti perut cepat kenyang (fullness), kembung (bloating), atau cepat merasa kenyang padahal baru makan sedikit lebih banyak dari porsi makan Anda. porsi biasa (kekenyangan dini), dan tidak berhubungan dengan fungsi usus besar. Banyak definisi yang mengaitkan dispepsia dengan makan, namun pada kenyataannya tidak semua penderita dispepsia dikaitkan dengan makan, sehingga definisi ini tidak dapat digunakan (Bayupurnama et al., 2019).

Dispepsia adalah rasa nyeri di bagian ulu hati. Kondisi ini sebagai gangguan fisik yang disebabkan reaksi tubuh terhadap lingkungannya. Sehingga menyebabkan ketidakseimbangan metabolisme yang sering menyerang orang-orang dalam usia produktif, yaitu 30-50 tahun (Silubun, 2022).

2. Etiologi

Banyak penyakit, baik organik maupun fungsional, dapat menyebabkan dispepsia. Penyakit organik, termasuk yang disebabkan oleh masalah pada pankreas, kantong empedu, atau organ lain di dekat saluran pencernaan atau di dalam saluran pencernaan itu sendiri. Sementara itu, masalah psikologis dan intoleransi terhadap obat dan makanan tertentu dapat menyebabkan penyakit fungsional. (Silubun, 2022).

Menurut (Cordier, 2019) faktor-faktor yang menyebabkan

dispepsia adalah:

a. Bakteri *Helicobacter pylori*.

Peradangan pada dinding lambung terjadi akibat infeksi *Helicobacter*. Karena produksi asam lambung, bakteri hidup di bawah lapisan selaput lendir yang melindungi dinding lambung.

b. Merokok

Merokok dapat merusak lapisan lambung yang berfungsi sebagai pelindung. Akibatnya, maag dan dispepsia lebih sensitif pada perokok.

c. Stres

Stres dapat menyebabkan hormon tubuh berubah. Sel-sel lambung akan terstimulasi oleh perubahan ini, yang akan menyebabkan produksi terlalu banyak asam. Asam ekstra menyebabkan rasa sakit, perih, dan kembung di perut.

d. Efek samping obat-obatan tertentu

Gastritis akut dan kronis dapat terjadi akibat penggunaan obat penghilang rasa sakit yang berlebihan. penghilang rasa sakit narkotika seperti aspirin dan ibuprofen.

e. Mengonsumsi alcohol dan kafein

Produksi asam lambung yang terlalu banyak dapat dipicu oleh minuman beralkohol dan berkafein seperti kopi, yang dapat mengiritasi dinding lambung dan mengganggu fungsinya.

f. Mengonsumsi makanan terlalu pedas dan asam.

Mengonsumsi makanan panas dan asam juga dapat meningkatkan jumlah produksi asam lambung, yang lama kelamaan dapat mengiritasi dinding lambung dan merusak kemampuannya untuk berfungsi.

3. Patofisiologi

Untuk menerangkan patogenesis terjadinya gangguan dyspepsia telah diajukan berbagai hipotesis. Proses patofisiologik yang potensial dan banyak dibicarakan berhubungan dengan dispepsia fungsional adalah:

a. Peranan gangguan motilitas gastroduodenal

Salah satu mekanisme utama dalam patofisiologi dispepsia fungsional, yang berhubungan dengan perasaan kenyang setelah makan dan dapat bermanifestasi sebagai perut kembung, kembung, dan sensasi kenyang, adalah gangguan motilitas gastroduodenal. Gangguan akomodasi lambung, inkoordinasi antroduodenal, dan penghalang pengosongan lambung adalah contoh gangguan motilitas gastroduodenal.

b. Peranan hipersensitivitas visceral

Hipersensitivitas visceral, khususnya dengan meningkatkan sensitivitas saraf sensorik perifer dan sentral terhadap stimulasi reseptor kimiawi dan reseptor mekanik intraluminal di bagian proksimal lambung, merupakan faktor kunci dalam patofisiologi dispepsia fungsional. Memiliki masalah ini dapat menyebabkan dan memperburuk gejala dispepsia.

c. Peranan faktor psikososial

Salah satu penyebab dispepsia fungsional adalah gangguan psikososial. Tingkat keparahan dispepsia berkorelasi terbalik dengan tingkat keparahan gangguan psikososial. Menurut banyak penelitian, dispepsia fungsional lebih sering terjadi pada orang yang depresi atau cemas (Marcellus et al., 2014). Setelah diberikan stimulus stress sentral terjadi penurunan kontraktilitas lambung menurut Djojoningrat (2014) yang mengakibatkan keluhan mual.

d. Peranan asam lambung

Gejala dispepsia fungsional disebabkan oleh asam lambung. Hal ini berdasarkan penelitian yang menunjukkan bahwa pengobatan pasien dispepsia fungsional dengan terapi antisekresi asam efektif. Ada kekurangan penelitian tentang sekresi asam lambung, dan laporan

dari Asia masih diperdebatkan.

e. Peranan infeksi *Helicobacter pylori*

Hubungan antara infeksi *Helicobacter pylori* dan gangguan motilitas tidak jelas, tetapi pemberantasan *Helicobacter pylori* memperbaiki gejala dispepsia fungsional.

Pada pasien dengan dispepsia fungsional, prevalensi infeksi *Helicobacter pylori* berkisar antara 39% sampai 87%.

f. Faktor dietetik

Perubahan kebiasaan makan, seperti ketidakmampuan untuk makan lebih dari jumlah kecil dan intoleransi terhadap porsi besar, terutama makanan berlemak, sering terjadi pada kasus sindrom dispepsia.

g. Ambang rasa persepsi

Ada banyak jenis reseptor di dinding usus, termasuk nosiseptor, reseptor mekanik, dan reseptor kimia. Menurut penelitian ini, disentri balon lambung atau duodenum menyebabkan hipersensitivitas visceral pada pasien dispepsia. Mekanismenya, bagaimanapun, masih belum sepenuhnya dipahami. Dengan inflasi balon pada volume yang lebih rendah daripada yang menyebabkan rasa sakit pada populasi kontrol, penelitian menggunakan balon intragastrik mengungkapkan bahwa 50% populasi dengan dispepsia fungsional sudah mengalami sakit perut.

h. Disfungsi autonomi

Neuropati vagal dianggap berkontribusi pada kegagalan bagian proksimal lambung untuk rileks saat menerima makanan, mengganggu kenyamanan lambung dan menyebabkan sensasi cepat kenyang. Dalam kasus dispepsia fungsional, disfungsi saraf vagal juga dianggap berkontribusi terhadap hipersensitivitas gastrointestinal.

i. Aktivitas mioelektrik lambung

Pemeriksaan elektrogastrografi mengungkapkan disritmia mioelektrik lambung dalam bentuk takigastria dan bradigastrik pada

sekitar 40% kasus dispepsia fungsional, namun hal ini masih belum pasti.

j. Hormonal

Progesteron, estradiol, dan prolaktin telah ditunjukkan dalam berbagai percobaan mempengaruhi kontraktilitas otot polos dan memperlambat waktu transit gastrointestinal. Tidak jelas apa peran hormon dalam patogenesis dispepsia fungsional. Menurut laporan, gangguan motilitas antroduodenal disebabkan oleh penurunan kadar hormon motilin.

4. Manifestasi Klinis

Meskipun gejala dan tanda dispepsia bisa sangat bervariasi, namun selalu dimulai di daerah epigastrium. Gejala dispepsia antara lain sebagai berikut, menurut Bayupurnama et al. (2019):

- 1) Nyeri atau rasa tidak nyaman di epigastrium
- 2) Sensasi kekosongan di perut (kepuhan epigastrium)
- 3) Walaupun porsi makanan biasanya belum habis, perut cepat terasa kenyang dan pemakan berhenti (awal kenyang)
- 4) Postprandial fullness, atau merasa kenyang setelah makan
- 5) Bengkak
- 6) Sering buang air kecil
- 7) Muntah, dan Nausea (mual).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (ALZANI et al., 2022) ,Pemeriksaan diagnostik dispepsia yaitu:

a. Pemeriksaan laboratorium

HDL atau jumlah sel darah lengkap sering dilakukan di laboratorium. Tes ini sering disebut sebagai tes hematologi. Pemeriksaan semacam ini melihat sel darah merah, sel darah putih, dan trombosit selain melihat darah dalam urin dan feses. Leukositosis adalah tanda infeksi menurut hasil tes darah, dan jika pada

pemeriksaan pemeriksaan terlihat encer dan berlendir atau mengandung banyak lemak, mungkin mengindikasikan malabsorpsi.

Asam lambung harus diperiksa pada siapa saja yang memiliki kecurigaan maag dispepsia. Penanda tumor, seperti yang diduga kanker usus besar, harus diperiksa pada kasus karsinoma saluran pencernaan. CEA, atau antigen carcinoembryonic. Hasil laboratorium biasanya dalam batas normal pada dispepsia fungsional.

b. Radiologi

Paling tidak diperlukan pemeriksaan radiologi saluran cerna bagian atas guna menunjang diagnosis suatu penyakit saluran cerna. Untuk melihat anti peristaltik pada antrum yang masuk ke usus dan penurunan peristaltik pada esofagus terutama pada bagian distal maka pemeriksaan ini harus menggunakan kontras ganda pada gastroesophageal reflux. Kawah dari ulkus yang mengandung media kontras, yang dikenal sebagai ceruk, akan tampak pada gambaran ulkus di lambung dan duodenum. Ulkus jinak biasanya memiliki bentuk reses setengah lingkaran yang teratur dengan dasar yang halus. Secara radiologis, akan terlihat benjolan di perut yang tidak khas, dan tidak ada peristaltik di sana. Bentuk perut juga akan berubah.

c. Endoskopi (Esofago-gastro-duodenoskopi)

Dispepsia fungsional digambarkan memiliki penampilan endoskopi yang normal atau tidak spesifik. Biopsi mukosa, juga dikenal sebagai tes CLO, dapat diperiksa dengan endoskopi untuk menentukan keadaan patologis mukosa lambung yang disebabkan oleh bakteri *H. pylori* (Mardalena, 2018).

d. USG (Ultrasonografi)

Ini adalah diagnostik non-invasif yang baru-baru ini semakin banyak digunakan untuk membantu diagnosis suatu penyakit. Selain itu, alat ini tidak memiliki efek samping dan dapat digunakan kapan saja, bahkan pada pasien yang sakit parah.

6. Komplikasi

Perdarahan saluran cerna bagian atas, ulkus peptikum, perforasi lambung, dan anemia merupakan komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dyspepsia (ALZANI et al., 2022).

7. Penatalaksanaan Medis

Dispepsia fungsional saat ini tidak dikelola dengan baik. Dispepsia fungsional diobati dengan berbagai kelas obat (bersama dengan terapi nilai tambah), termasuk terapi pemberantasan *H. pylori* (6-14%), penggunaan PPI atau penghambat pompa proton (7-10%), H₂-RA sangat bervariasi (8-35%), obat prokinetik (18-45%), antidepresan trisiklik atau amitriptilin (64070%), namun nilai tambah terapinya masih minim. (Bayupurnama, 2019). Oleh karena itu, pengobatan harus diberikan sesuai dengan gejala dan tanda yang dialami pasien, apakah disebabkan oleh EPS, PDS, atau kombinasi keduanya. Gejala sakit maag, mual, muntah, dan gejala dispepsia lainnya adalah tanda yang harus diwaspadai (Sandi, 2020).

a. PDS (Posprandial Distress Syndrome)

- 1) Obat Prokinetik : Metoclopramide, Domperidone, Clebopride dan Cisapride
- 2) Anti Depresan trisiklik

b. EPS (Epigastric Pain Syndrome)

- 1) PPI atau Proton Pump Inhibitor
- 2) H₂-ra

8. Penatalaksanaan Keperawatan

a. Distraksi relaksasi nafas dalam

Nyeri adalah salah satu manifestasi klinis pada penderita dispepsia. Penanganan nyeri bukan hanya secara farmakologis tetapi juga secara nonmedis. Tindakan yang dapat dilakukan perawat terhadap respon nyeri pasien antara lain dengan teknik relaksasi.

Relaksasi nafas dalam adalah teknik melepaskan ketegangan dan stres secara mental dan fisik untuk meningkatkan toleransi nyeri. Saat menggunakan teknik pernapasan dalam, harus berada dalam suasana yang nyaman, tenang, dan rileks sehingga tujuan teknik ini dapat tercapai. (Utami, 2021).

Langkah-langkah :

- 1) Tahap Pra Interaksi
 - a) Menyiapkan dan mendekatkan alat
 - b) Periksa program terapi
 - c) Cuci tangan
 - d) identifikasi pasien dengan benar,
 - e) lalu dekatkan alat secara bertahap ke pasien.
- 2) Tahap Orientasi
 - a) Perkenalkan diri Anda, sapa pasien dengan namanya
 - b) Setuju dengan tindakan yang diambil.
 - c) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah tindakan.
 - d) Meminta kerjasama dan persetujuan pasien.
- 3) Tahap Kerja
 - a) Menghargai ruang pribadi
 - b) Anjurkan pasien berdoa dan membaca Basmalah
 - c) Tetapkan pasien pada posisi yang nyaman (berbaring atau duduk) berdasarkan kondisinya
 - d) Ciptakan suasana tenang dan santai.
 - e) Meminta pasien menutup matanya.
 - f) Bantu pasien dengan latihan relaksasi
 - (1) Minta pasien mengendurkan semua otot kakinya dan berkonsentrasi untuk melakukannya. Minta agar pasien merasakan relaksasi kakinya.
 - (2) Pasien diinstruksikan untuk memusatkan perhatiannya pada tangannya, mengendurkan otot kedua tangannya, dan mengalami relaksasi tangannya.

- (3) Meminta pasien untuk menggerakkan bagian tubuhnya yang berbeda, memintanya untuk mengendurkan otot-otot tubuhnya dari tulang belikat hingga pinggang, dan memintanya merasakan otot-otot di tubuhnya rileks.
- (4) Pasien berjuang untuk tersenyum agar otot-otot di wajahnya bisa rileks.
- (5) Meminta pasien untuk menghembuskan napas perlahan melalui mulut sambil menolak untuk menarik napas dalam-dalam dan berkonsentrasi pada udara yang masuk ke saluran napasnya.

4) Tahap Terminasi

- a) Kaji reaksi pasien terhadap intervensi.
 - b) Menyerahkan RTL atau rencana tindak lanjut.
 - c) Bersihkan pasien dan area sekitarnya.
 - d) Meminta agar pasien membaca Hamdalah dan berdoa kepada Allah.
 - e) Beri tahu mereka tentang kontrak yang akan datang.
 - f) Bersihkan dan kembalikan alat ke tempatnya semula.
 - g) Mencuci tangan.
 - h) Tambahkan entri log aktivitas ke catatan keperawatan.
- b. Edukasi mengenai penyakit dispepsia

Angka kejadian dispepsia sangat tinggi, sehingga harus dilakukan upaya untuk menurunkannya. Salah satunya adalah edukasi gizi tentang kebiasaan makan yang baik untuk mencegah dan mengobati dispepsia. (Fauziah et al., 2022)

Rencana Kegiatan Penyuluhan :

1) Pembukaan

- a) Katakan halo
- b) Pengenalan diri
- c) menjelaskan tujuan dan kegiatan penyuluhan
- d) penjelasan kontrak waktu

2) Menjelaskan Materi

a) Menjelaskan pengertian

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

b) Menjelaskan penyebab dispepsia

Dispepsia dibedakan menjadi dua jenis, yaitu Dispepsia organik dan Dispepsia fungsional (Mardalena, 2018).

1. Dispepsia organik

Dispepsia organik artinya Dispepsia yang penyebabnya sudah pasti. Dispepsia jenis ini jarang ditemukan pada pasien usia lebih dari 40 tahun. Penyebabnya antara lain dispepsia tukak (*ulcus-like* dispepsia), Refluks gastroesofagus, Penyakit saluran empedu, Karsinoma.

2. Dispepsia fungsional

Dispepsia ini tidak memunculkan kelainan organik melainkan kelainan fungsi dari saluran cerna. Penyebabnya antara lain faktor asam lambung, Gangguan motilitas, kelainan psikis, stres, dan faktor lingkungan.

c) Menjelaskan gejala dan tanda

1. Nyeri perut (abdominal discomfort)
2. Rasa perih di ulu hati
3. Mual, kadang - kadang sampai muntah
4. Nafsu makan berkurang

5. Rasa lekas kenyang
6. Parut kembung
7. Rasa panas di dada dan perut.

d) Diit Dispepsia

1. Pola makan yang normal dan teratur
2. Pilih makanan yang seimbang dengan kebutuhan dan jadwal makan yang teratur
3. Sebaiknya tidak mengonsumsi makanan yang berkadar asam tinggi dan pantangan
4. Rokok
5. Gunakan obat secara wajar dan tidak mengganggu fungsi lambung.

3) Penutup

- a) Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya
- b) Menyimpulkan materi
- c) Salam penutup

Penelitian juga menunjukkan bahwa pasien dispepsia fungsional seringkali memiliki kondisi psikologis seperti depresi dan gangguan kecemasan, menjadikan psikoterapi sebagai komponen penting dalam pengobatan kondisi ini. Penggunaan terapi alternatif komplementer, seperti obat herbal, dan modifikasi pola makan, seperti mengurangi lemak dan karbohidrat serta mengurangi konsumsi makanan pedas, belum didukung banyak bukti dan masih perlu penelitian lebih lanjut sebelum dapat digunakan sebagai pengobatan utama untuk pasien dengan dispepsia fungsional. Pedoman diet bervariasi tergantung pada pemahaman pasien. Perawatan dispepsia fungsional biasanya diberikan selama periode waktu tertentu sementara kemajuan pasien dilacak, itu biasanya tidak diberikan hanya ketika pasien mengalami gejala.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: Mengumpulkan data, mengelompokan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan *dyspepsia* meliputi adanya nyeri perut, rasa pedih diulu hati, mual kadang-kadang muntah, nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, perut kembung, rasa panas didada dan diperut, regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba) .

a. Identitas

- 1) Identitas pasien : Nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat.
- 2) Identifikasi penanggung jawab: Nama, Umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, hubungan dengan pasien, alamat

b. Pengkajian

- a) Alasan utama datang kerumah sakit

Pasien datang jika rasa nyeri sudah berhari hari dan tidak tertahan.

- b) Keluhan utama (saat pengkajian)

Keluhan pasien berupa nyeri ulu hati, mual dan muntah, anoreksia, rasa penuh, pola makan salah, stres, konsumsi obat-obatan tertentu. Tanyakan apakah pasien merokok, alkohol, menjalankan diet ketat, merasa sakit kepala, bersendawa, atau rasa terbakar setelah makan.

- c) Riwayat kesehatan sekarang

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

d) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji tentang penyakit apa yang pernah diderita oleh klien, apakah klien memang mempunyai riwayat penyakit dispepsia sebelumnya.

e) Riwayat kesehatan keluarga

Lakukan pengkajian tentang riwayat penyakit keturunan yang berhubungan dengan penyakit dispepsia, dan riwayat penyakit keturunan lain yang ada dalam keluarga. Untuk penyakit gastritis bukanlah termasuk penyakit keturunan

f) Riwayat pengobatan dan alergi

c. Pengkajian fisik

1) Keadaan umum: Sakit/nyeri, status gizi, sikap, personal hygiene dan lain-lain.

2) Data sistemik

a) Sistem persepsi sensori: Pendengaran, penglihatan, pengecap, perabaan dan lain-lain.

b) Sistem penglihatan: Nyeri tekan, lapang pandang, kesimetris mata, alis, kelopak mata, konjungtiva, sclera, kornea, reflek, pupil, respon cahaya dan lain-lain.

c) Sistem kardiovaskuler: Tekanan darah, denyut nadi, bunyi jantung, kekuatan, pengisian kapiler, edema dan lain-lain.

d) Sistem pernafasan: Frekuensi, batuk, bunyi nafas sumbatan jalan nafas dan lain-lain.

e) Sistem saraf pusat: Kesadaran, bicara, pupil orientasi waktu, orientasi tempat, orientasi orang lain dan lain-lain

f) Sistem gastrointestinal: Nafsu makan, diet, porsi makan, keluhan, mual dan tenggorokan. Kemampuan mengunyah, menelan, perut, kolon, dan rectum, rectal toucher dan lain-lain.

- g) Sistem muskuloskeletal: Rentang gerak, keseimbangan dan cara jalan, kemampuan memenuhi aktivitas sehari-hari, genggam tangan, otot kaki, akral, fraktur dan lain-lain.
- h) Sistem integument: Warna kulit, turgor, luka, memar, kemerahan dan lain-lain.
- i) Sistem reproduksi: Infertile, masalah menstruasi, skrotum, testis, prostat, payudara dan lain-lain.
- j) Sistem perkemihan: Urin, jumlah dan pancaran, BAK, vesika urinaria.

3) Data penunjang

4) Terapi yang diberikan

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon actual atau resiko pasien terhadap masalah kesehatan, yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya. Berdasarkan data dari pengkajian maka diperoleh munculnya diagnosa:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077) merupakan pengalaman sensorik ataupun emosional berhubungan dengan rusaknya jaringan aktual maupun fungsional, onset secara tiba-tiba maupun lambat, berintensitas ringan sampai berat selama kurang dari 3 bulan.
- b. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080) merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dan mengabsorpsi nutrient (D.0019) merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

- d. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung (D.0076) merupakan perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.
- e. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023) merupakan penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan atau intraselular.
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparinformasi (D.0111) merupakan ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan semua bentuk tindakan yang akan dilakukan perawat, klien/pasien, keluarga, dan orang terdekat pasien untuk mengatasi masalah dan meningkatkan status kesehatan pasien (Lingga, 2019).

Intervensi keperawatan yang diterapkan pada penanganan penyakit Dispepsia sesuai dengan diagnosa dalam buku *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (SDKI 2018), yaitu:

- a. **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)**
 - 1) Kriteria Hasil
Tingkat nyeri menurun (L.08066)
 - a) Keluhan nyeri menurun
 - b) Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun
 - c) Kesulitan tidur menurun
 - d) Mualmuntah menurun
 - e) Frekuensi nadi dan tekanan darah membaik
 - f) Nafsu makan dan pola tidur baik
 - 2) Intervensi Keperawatan
Manajemen Nyeri(I.08238)
 - a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- g) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- h) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, Akupresur, terapi music, Biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- i) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan kebisingan)
- j) Fasilitas istirahat dan tidur
- k) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- l) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- m) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- n) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- o) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- p) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

b. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)

1) Kriteria Hasil

Tingkat Ansietas menurun (L.09093)

- a) Verbalisasi kebingungan dan khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- b) Perilaku gelisah dan tegang menurun
- c) Palpitasi, tremor, dan pucat menurun
- d) Konsentrasi dan pola tidur membaik, orientasi membaik

2) Intervensi Keperawatan

Reduksi ansietas (I.09314)

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah seperti kondisi, waktu, dan stressor
- b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c) Monitor tanda ansietas baik verbal dan non verbal
- d) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan
- e) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- f) Pahami situasi yang membuat ansietas
- g) Dengarkan dengan penuh kepastian
- h) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- i) Motivasi mengidentifikasi situasi memicu kecemasan
- j) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
- k) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- l) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- m) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
- n) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- o) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- p) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- q) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- r) Latih teknik relaksasi
- s) Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu

c. Defisit nutrisi Berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna

makanan dan mengabsorbsi nutrient (D.0019)**1) Kriteria Hasil**

Status Nutrisi membaik (L.03030)

- a) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- b) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi
- c) Pengetahuan tentang pilihan makanan dan minuman yang sehat meningkat
- d) Pengetahuan standar asupan nutrisi yang tepat meningkat
- e) Perasaan cepat kenyang menurun
- f) Nyeri abdomen menurun
- g) Berat badan dan indeks massa tubuh (IMT) membaik
- h) Frekuensi dan nafsu makan membaik
- i) Tebal lipatan kulit trisep dan membran mukosa membaik

2) Intervensi Keperawatan

Manajemen Nutrisi (I.03119)

- a) Identifikasi status nutrisi
- b) Identifikasi alergi dan toleransi makanan
- c) Identifikasi makanan yang disukai
- d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
- f) Monitor berat badan
- g) Monitor asupan makan
- h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- i) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- j) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)
- k) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- l) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- m) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- n) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- o) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika

asupan orang dapat ditoleransi

- p) Ajarkan posisi duduk jika perlu
- q) Ajarkan diet yang diprogramkan
- r) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis pereda nyeri, Anttimetik) jika perlu
- s) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

d. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung (D.0076)

1) Kriteria Hasil

Tingkat Nausea menurun (L08065)

- a) Nafsu makan meningkat
- b) Keluhan mual menurun
- c) Perasaan ingin muntah menurun
- d) Perasaan asam dimulut menurun
- e) Sesasi panas menurun
- f) Diaphoresis menurun
- g) Jumlah saliva menurun
- h) Pucat, takikardia dan dilaktasi pupil membaik

2) Intervensi Keperawatan

Manajemen Mual (I.03117)

- a) Identifikasi pengalaman mual
- b) Identifikasi isyarat non verbal ketidak nyamanan (mis. Bayi, anak- anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif)
- c) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran dan tidur)
- d) Identifikasi faktor penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur)
- e) Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan)

- f) Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi dan tingkat keperahan)
 - g) Monitor asupan nutrisi dan kalori
 - h) Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. Bau tak sedap, suara dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)
 - i) Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan dan kelelahan)
 - j) Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual
 - k) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
 - l) Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak
 - m) Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. Biofeedback, hipnosis, relaksasi terapi music, akupresur
 - n) Kolaborasi pemberian antimetik jika perlu
- e. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)**
- 1) Kriteria Hasil**
Hipovolemia menurun (L.03028)
 - a) Frekuensi nadi dalam batas normal (70-120 x/mnt)
 - b) Suhu tubuh dalam batas normal (36,5– 37,5 °C)
 - c) Elastisitas turgor kulit membaik
 - d) Intake cairan membaik
 - e) Membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus
 - 2) Intervensi Keperawatan**
Manajemen Hipovolemia (I.03116)
 - a) Observasi tanda- tanda vital dan gejala hipovolemia
 - b) Monitor intake dan output cairan
 - c) Hitung kebutuhan cairan
 - d) Berikan asupan cairan oral

- e) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- f) Kolaborasikan pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl atau RL)
- g) Kolaborasikan pemberian cairan hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
- h) Kolaborasikan pemberian cairan koloid (mis. Albumin, plasmanate)

Manajemen syok hipovolemik

- a) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi nadi, dan kekuatan nadi, frekuensi nafas dan TD)
- b) Monitor status oksigenasi (oksimetri AGD)
- c) Monitor status cairan (masukan dan keluaran, turgor kulit, CRT)
- d) Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil
- e) Periksa seluruh permukaan tubuh
- f) Pertahankan jalan napas paten
- g) Berikan jalan napas paten
- h) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- i) Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis jika perlu
- j) Berikan posisi syok (modified trendenbreg)
- k) Pasang jalur IV berukuran besar (mis, no 14/16)
- l) Pasang kateter urin untuk memulai produksi urin
- m) Pasang selang nasogatrik untuk dekompresi lambung
- n) Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
- o) Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 mL/kg BB pada anak

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

1) **Kriteria Hasil**

Ekpektasi meningkat (L.12111)

- a) Perilaku sesuai anjuran meningkat
- b) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
- c) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- d) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat
- e) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
- f) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- g) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun
- h) Menjalani pemeriksaanyang tepat menurun
- i) Perilaku membaik

2) **Intervensi Keperawatan**

Edukasi kesehatan (I.12383)

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b) Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
- c) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- d) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- e) Berikan kesempatan untuk bertanya
- f) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- g) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- h) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

4. **Implementasi Keperawatan**

Implementasi atau pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi di mulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada rencana strategis untuk membantu mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh sebab itu, rencana tindakan yang spsifik dilaksanakan untuk memodifikasi

faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan. Tujuan implementasi adalah membantu dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Harahap,2019).

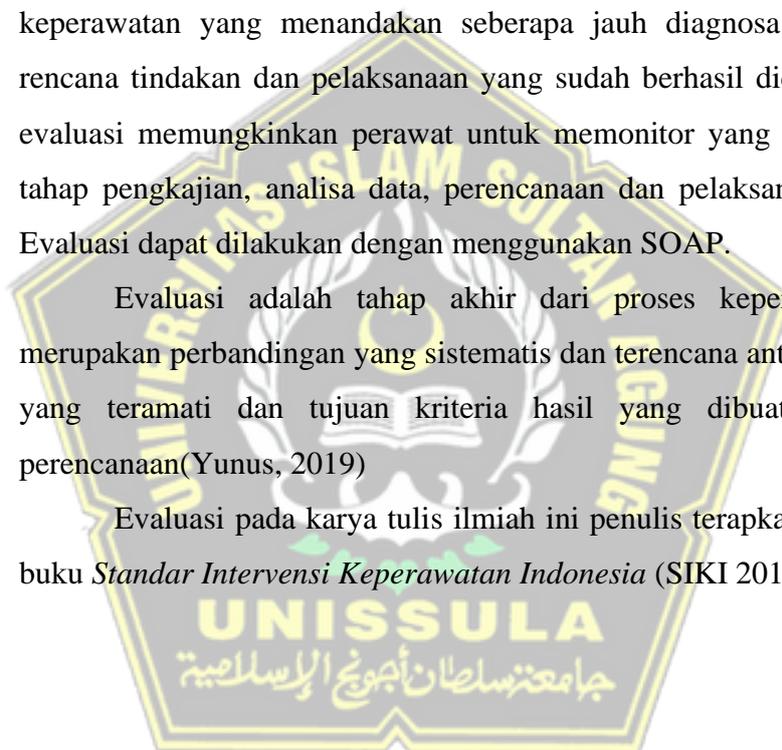
Implementasi pada karya tulis ilmiah ini penulis terapkan berdasarkan buku *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (SIKI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

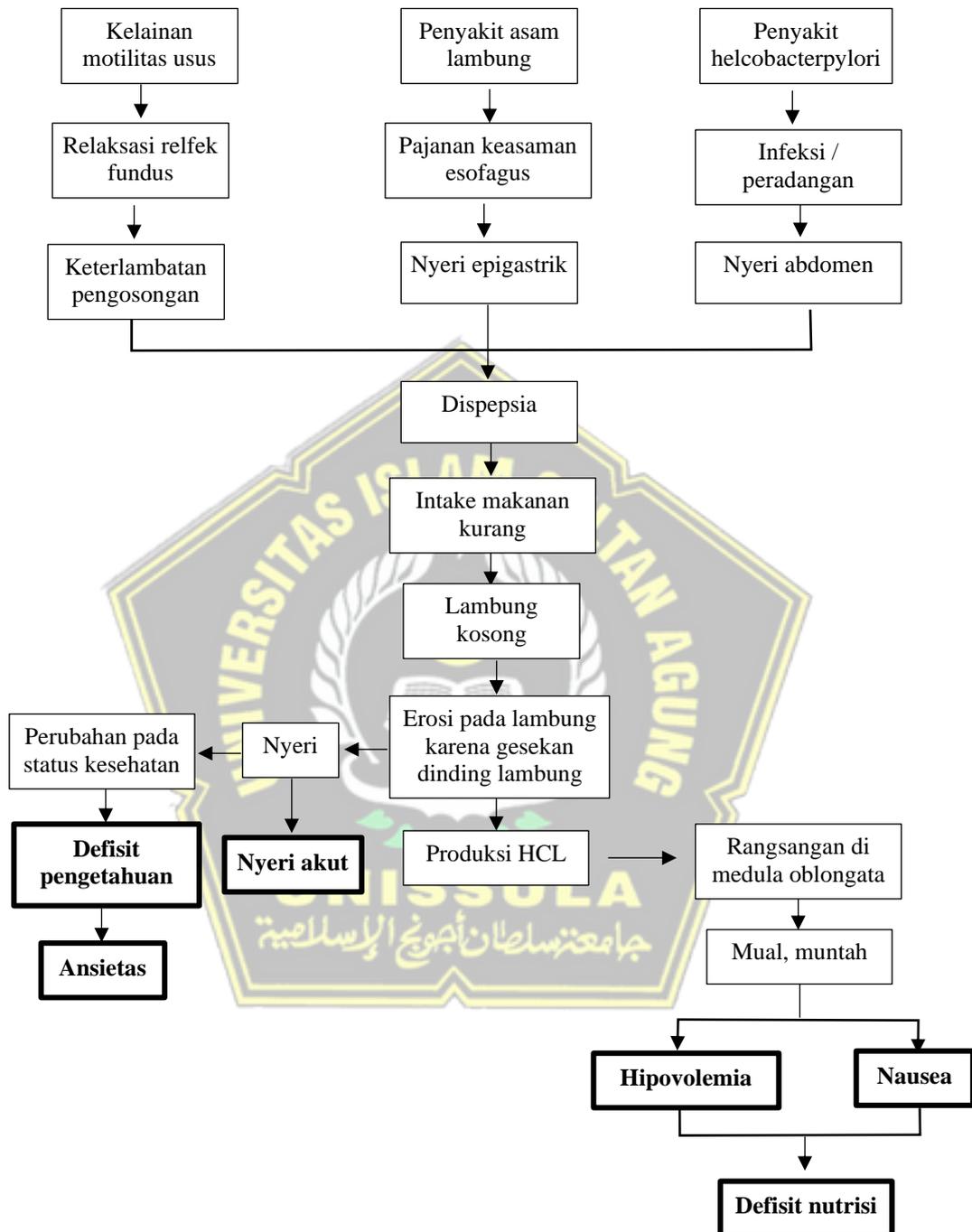
Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa data, perencanaan dan pelaksanaan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP.

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan(Yunus, 2019)

Evaluasi pada karya tulis ilmiah ini penulis terapkan berdasarkan buku *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (SIKI 2018).



C. Pathways



Gambar 2.1. Pathway dyspepsia

Sumber : Silubun (2022)

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 Februari 2023. Penulis mengelola kasus pada Nn. L dengan masalah dispepsia di ruang Kh.Hasyim Asy'ari Rumah Sakit Islam Nahdatul Ulama Demak. Diperoleh gambaran kasus sebagai berikut:

1. Data umum

a. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 Februari 2023 pada pukul 14.30 WIB di ruang Kh.Hasyim Asy'ari Rumah Sakit Islam Nahdatul Ulama Demak. Pasien bernama Nn.L berusia 21 tahun bergender perempuan. Pasien beragama islam yang bertempat tinggal di Guntur, Demak, Jawa Tengah. Pasien bekerja sebagai buruh pabrik dengan pendidikan terakhir SMK. Pasien masuk rumah sakit diantar oleh ibunya pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 09.00 WIB dan diagnosa medis yang dialami pasien adalah dispepsia.

b. Identitas penanggung jawab

Pasien selama dirawat di rumah sakit yang menemani sekaligus yang bertanggung jawab adalah ibunya yang bernama Ny.K yang berusia 52 tahun berjenis kelamin perempuan dan beragama islam. Ny.K berasal dari suku jawa bangsa Indonesia, pekerjaan Ny.K sebagai ibu rumah tangga dan Ny.K tinggal di Guntur, Demak, Jawa Tengah. Hubungan sebagai ibu pasien.

c. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati, pusing dan nafsu makan menurun.

d. Status kesehatan saat ini

Pasien mengatakan masuk rumah sakit karena demam, pusing, mual, muntah, nafsu makan menurun dan nyeri pada ulu hati. Pasien

mengatakan demam sejak tiga hari yang lalu sehingga ibu pasien mengajak pasien untuk berobat ke klinik terdekat kemudian pasien dirujuk ke RSI NU Demak. Pasien mengatakan keluhan yang dialami timbul secara terus menerus.

e. Riwayat kesehatan lalu

Nn.L mengatakan sebelumnya belum pernah sakit seperti ini, pasien tidak pernah dirawat di RS sebelumnya. Nn.L mengatakan tidak memiliki alergi obat atau makanan, pasien mendapatkan imunisasi lengkap.

f. Riwayat kesehatan keluarga

Nn. L mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit dispepsia seperti pasien, keluarga juga tidak memiliki riwayat penyakit menular.

g. Riwayat kesehatan lingkungan

Nn.L mengatakan tempat tinggalnya bersih dan jauh akan kemungkinan terjadi bahaya.

2. Pola kesehatan fungsional (Data Fokus)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Persepsi pasien tentang kesehatan diri

Sebelum sakit pasien mengatakan kurang memperhatikan kesehatannya karena sering melewatkan sarapan dan makan makanan yang pedas tiap hari. Setelah sakit pasien mengatakan bahwa kesehatan sangatlah penting dan sering makan pedas itu tidak baik.

2) Pengetahuan dan persepsi

Sebelum sakit pasien mengatakan belum mengetahui diagnosa penyakitnya. Setelah sakit pasien mengatakan sudah mengetahui diagnosa penyakitnya.

3) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan selalu telat makan, tidak pernah sarapan dan sering mengkonsumsi makanan pedas.

Setelah sakit pasien mengatakan memakan makanan yang bergizi berserat dan minum vitamin.

4) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan apabila sakit mengkonsumsi obat dan vitamin dari apotek. Setelah sakit pasien mengatakan saat sakit ibunya segera membawanya berobat ke klinik terdekat.

5) Kebiasaan hidup

Sebelum sakit pasien mengatakan sering melewatkan sarapan, makan-makanan pedas dan juga jarang berolahraga. Setelah sakit pasien mengatakan selalu sarapan tepat waktu dan mengurangi makan pedas.

6) Faktor sosio ekonomi

Sebelum sakit pasien mengatakan telah terdaftar diBPJS keadaan lingkungan rumahnya layak untuk ditempati. Setelah sakit pasien mengatakan berobat menggunakan BPJS.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Pola makan

Sebelum sakit pasien mengatakan pola makan tidak teratur sehari 1-2 kali makan dengan porsi sedang. Setelah sakit pasien mengatakan makan sehari 3kali sesuai diit dengan porsi sedang.

2) Pola minum

Sebelum sakit pasien mengatakan minum sekitar 5 gelas/hari, jarang minum air putih. Setelah sakit pasien mengatakan minum sekitar 8 gelas/hari dan hanya minum air putih.

3) Diet khusus

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak melakukan diet apapun. Setelah sakit pasien mengatakan dirinya harus diet dari makanan pedas.

4) Nafsu makan

Sebelum sakit pasien mengatakan nafsu makan normal tetapi harus berasa pedas. Setelah sakit pasien mengatakan nafsu makan berkurang karena tiap makan selalu mual hingga muntah.

5) Muntah

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada muntah. Setelah sakit pasien mengatakan sering muntah setelah makan.

6) Stomatitis

Sebelum sakit dan setelah sakit pasien mengatakan tidak ada sariawan.

7) BB naik turun 6 bulan terakhir

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada penurunan berat badan. Setelah sakit pasien mengatakan berat badan menurun 3kg.

c. Pola eliminasi

1) Eliminasi feses

Sebelum sakit pasien mengatakan sehari BAB 1-2 kali sehari, berwarna coklat, tidak keras. Setelah sakit pasien mengatakan pola BAB tetap sama.

2) Pola BAK

Sebelum sakit pasien mengatakan BAK normal 3-4 kali sehari berwarna kuning. Setelah sakit pasien mengatakan BAK hanya 2 kali karena sering ditahan saat kepala terasa pusing.

d. Pola aktivitas dan Latihan

1) Kegiatan dalam pekerjaan

Sebelum sakit pasien mengatakan sehari-hari bekerja sebagai karyawan pabrik. Setelah sakit pasien mengatakan tidak ada kegiatan yang ia lakukan selain berbaring di bed.

2) Olahraga yang dilakukan

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak melakukan kegiatan berolahraga kecuali bekerja. Setelah sakit pasien

mengatakan tidak ada kegiatan yang ia lakukan selain berbaring di bed.

3) Kesulitan dalam melakukan aktivitas

Sebelum sakit pasien mengatakan dapat melakukan kegiatan apapun tidak ada kesulitan. Setelah sakit pasien mengatakan dalam beraktivitas dibantu oleh keluarga.

e. Pola istirahat & tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan tidur saat malam pada pukul 22.00 WIB dan bangun pada pukul 05.00 WIB. Setelah sakit pasien mengatakan tidur kurang tercukupi, hanya bisa tidur 4-5 jam, ada perubahan tidur karena kondisinya lemas dan sering timbul nyeri.

f. Pola kognitif-perseptual sensori

1) Keluhan dengan kemampuan sensori

Sebelum sakit dan setelah sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan.

2) Kemampuan kognitif

Sebelum sakit dan setelah sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam pendengaran.

3) Kesulitan yang dialami

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada kesulitan. Setelah sakit pasien mengatakan ada kesulitan makan ,karena pasien harus makan makanan yang tidak pedas.

4) Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan PQRST

P: pasien mengatakan nyeri saat beraktivitas, Q: seperti ditusuk-tusuk, R:pada ulu hati, S:5, T: hilang-timbul.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

1) Persepsi diri

Pasien mengatakan semoga diberi kesehatan dan kesembuhan

2) Status emosi

Sebelum dan setelah sakit pasien mengatakan dapat mengontrol emosinya.

3) Konsep diri

a) Citra diri/body image

Sebelum dan setelah sakit pasien mengatakan selalu percaya diri.

b) Identitas

Sebelum dan setelah sakit pasien mengatakan mampu mengenali dirinya sebagai seorang anak perempuan berusia 21 tahun.

c) Peran

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya bekerja untuk membantu ayahnya memenuhi kebutuhan hidup. Setelah sakit pasien mengatakan dirinya cuti bekerja karena sakit.

d) Ideal diri

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya sehat. Setelah sakit pasien mengatakan semoga dirinya cepat sembuh dan dapat bekerja lagi.

e) Harga diri

Sebelum dan setelah sakit pasien mengatakan percaya diri dengan kondisinya.

h. Pola mekanisme koping

1) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan

Sebelum dan sesudah sakit pasien mengatakan bahwa keputusan diambil oleh dia sendiri.

2) Yang dilakukan jika menghadapi masalah

Sebelum dan setelah sakit pasien mengatakan apabila ada masalah maka akan didiskusikan dengan kedua orang tua.

3) Bagaimana upaya pasien dalam menghadapi masalah sekarang

Pasien mengatakan apabila ada masalah maka akan didiskusikan dengan kedua orang tua dan meminta doa kepada yang maha kuasa.

4) Menurut pasien apa yang dilakukan perawat agar pasien nyaman

Pasien mengatakan bahwa dirinya memerlukan edukasi untuk mengurangi rasa sakit pada ulu hati dan mual yang dialami.

i. Pola seksual – reproduksi

Sebelum dan setelah sakit pasien mengatakan pola seksual normal, haid lancar tiap 28 hari sekali.

j. Pola peran – berhubungan dengan orang lain

Sebelum dan setelah sakit pasien mengatakan dapat berkomunikasi baik dengan orang lain.

k. Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit pasien mengatakan melaksanakan ibadah dengan normal. Setelah sakit pasien mengatakan melaksanakan ibadah dengan cara berbaring, tidak ada pertentangan nilai/budaya terhadap pemeriksaan atau pengobatan yang dialami.

3. Pemeriksaan fisik (Head to toe)

Pasien dalam keadaan sadar penuh, penampilan lemah, hasil pemeriksaan tanda vital: TD = 118/90mmHg, N = 67x/menit, RR = 20x/menit, S=38,6°C, BB= 67kg ,TB=150cm dan berat badan ideal 42,5kg. Kepala mesocephal, rambut berwarna, hitam bersih dan tidak ada lesi. Kemampuan penglihatan masih jelas, pupil isokor, mata tampak sayu. Hidung bersih, tidak terdapat lesi maupun benjolan, tidak terpasang alat bantu pernafasan, fungsi penciuman normal dan baik. Telinga simetris, tidak terdapat lesi, fungsi pendengaran masih dalam kondisi normal, tidak menggunakan alat bantu dengar. Mulut dan tenggorokan tidak mengalami kesulitan berbicara, gigi lengkap, tidak ada kesulitan menelan/mengunyah,

mukosa bibir kering, trachea ditengah simetris, tidak ada benjolan dileher dan tidak ada pembekakan kelenjar tiroid.

Pemeriksaan pada jantung, inspeksi: thorax simetris tidak ada lesi, palpasi: tidak teraba benjolan, perkusi: bunyi pekak, auskultasi: bunyi jantung lup dup. Paru – paru, inspeksi: pergerakan dada simetris tidak terdapat lesi, palpasi: tidak ada nyeri tekan, perkusi : suara sonor, auskultasi: vesikuler. Abdomen, inspeksi: tidak ada luka dan tidak ada pembesaran, auskultasi: bising usus normal 20 x/menit, palpasi: terdapat nyeri tekan, perkusi terdengar bunyi timpani.

Pemeriksaan genetalia, daerah genetalia bersih tidak ada kelainan dan bekas luka. Pada ekstermitas atas Nn.L kuku bersih, terpasang infus bagian ekstremitas atas bagian kiri, kulit kering, tidak terdapat lesi, sedangkan ekstremitas bawah Nn.L mampu menggerakkan semua ekstremitasnya, tidak terdapat lesi, capillary refill time normal kembali ke kondisi semula dalam 2 detik.

4. Data penunjang

a. Hasil pemeriksaan laboratorium

Hasil dari pemeriksaan uji laboratorium pada tanggal 21 Februari 2023 pemeriksaan hematologi, didapatkan hemoglobin hasil 12,7 g/dL dengan nilai rujukan 11,7-15,5g/dL, hematokrit didapatkan hasil 37,5 dengan nilai rujukan 35.0 – 47.0 dengan satuan %, leukosit didapatkan hasil 13.000 dengan nilai rujukan 3600 – 11.000 dengan satuan mm³, trombosit didapatkan hasil 380.000 dengan nilai rujukan 150.000 – 440.000mm³.

Pemeriksaan kimia darah SGOT didapatkan hasil 27 U/l dengan nilai rujukan 8-35 U/l dan SGPT didapatkan hasil 47 U/l dengan nilai rujukan 8-35 U/l. Pemeriksaan Antigen SARS-Cov2 didapatkan hasil negatif.

Pemeriksaan serologi, Ig G salmonella didapatkan hasil positif

dengan nilai rujukan negatif dan Ig M salmonella didapatkan hasil negatif dengan nilai rujukan negatif.

b. Diit yang diperoleh

Pasien mendapatkan diit tinggi serat

c. Therapy

Nn.L mendapatkan therapy infus RL 20 tpm, injeksi IV berupa omeprazole 1x40mg, dexamentasone 2x1 ampule, ondansetron 1x40mg, ceftriaxone 2x1gr, hyoscine 1x 10 mg, randitidine 1x50mg, Nn.L juga mendapatkan therapy obat oral berupa paracetamol 3x1 tab,B complex 2x1 tab dan sucralfate 3x 5ml.

B. Analisa Data

Penulis melakukan analisa data pada tanggal 21 Februari 2021 pada pukul 15.00 WIB. Dari Analisa data didapatkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan data subjektif mengeluh nyeri dibagian epigastrium, sedangkan data objektifnya tampak meringis sesekali memegang perutnya, dengan hasil pengkajian PQRST sebagai berikut: P=pasien mengatakan nyeri saat beraktifitas, Q= nyeri seperti ditusuk-tusuk, R=dibagian epigastrium, S=skala nyeri 5, T= nyeri terjadi secara terus menerus.

Data fokus yang kedua didapatkan diagnosa keperawatan yaitu Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ,masalah tersebut didukung dengan data subjektif pasien menanyakan tentang penyakitnya, sedangkan data objektif nya pasien tampak gelisah menanyakan penyakitnya.

Sedangkan untuk data fokus yang ketiga ditemukan diagnosis keperawatan yaitu resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dengan data subjektif nafsu makan menurun, hanya mau makan jika rasanya pedas, sering mual dan muntah, BB turun 3kg, sedangkan data objektifnya pasien tampak tidak menghabiskan makanan yang disajikan.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai dengan adanya keluhan nyeri dibagian epigastrium, tampak meringis dan sesekali memegangi perutnya.
2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, masalah tersebut dibuktikan dengan pasien menanyakan tentang penyakitnya.
3. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun, hanya mau makan jika rasanya pedas, sering mual dan muntah, BB turun 3 kg.

D. Rencana Keperawatan

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan ditetapkan pada tanggal 21 Februari 2023 pada pukul 16.00 WIB. Untuk mengatasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai dengan adanya keluhan nyeri dibagian epigastrium, tampak meringis dan sesekali memegangi perutnya, penulis menetapkan intervensi sebagai berikut identifikasi area nyeri, nyeri yang dirasakan seperti apa, frekuensi, durasi, intensitas, dan durasi nyeri, identifikasi skala nyeri yang dirasakan oleh klien, identifikasi respon non verbal, berikan salah satu teknik terapi nonfarmakologis (tarik napas dalam), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik. Setelah dilakukan intervensi selama 3x7 jam diharapkan rasa nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil nyeri mulai menurun, meringis menurun, gelisah menurun.

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa keperawatan yang kedua yaitu Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, masalah tersebut dibuktikan dengan pasien menanyakan tentang penyakitnya. Untuk mengatasi diagnosa defisit pengetahuan penulis telah menetapkan beberapa intervensi yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang

dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi, perilaku hidup bersih dan sehat, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan dan ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. Setelah dilakukan intervensi selama 3x7 jam diharapkan pengetahuan membaik dengan kriteria hasil pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.

Untuk intervensi pada diagnosa yang ketiga yaitu resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun, hanya mau makan jika rasanya pedas, sering mual dan muntah, BB turun 3 kg, penulis telah menetapkan beberapa intervensi yaitu monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan sesuai kebutuhan kalori, diskusikan perilaku makan dan aktivitas fisik yang sesuai, dan mengajarkan diet yang tepat. Setelah dilakukan intervensi selama 3x7 jam diharapkan porsi makan yang dihabiskan meningkat, nafsu makan meningkat, BB meningkat, dan perasaan cepat kenyang menurun.

E. Implementasi

Pada tanggal 21 februari pukul 17.00 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu menanyakan kepada pasien tentang area nyeri, jenis, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Respon pasien dari data subjektif mengeluh nyeri dibagian epigastrium dan respon dari data objektifnya ditemukan pasien tampak meringis sesekali memegang perutnya, dengan hasil pengkajian PQRST sebagai berikut: P=pasien mengatakan nyeri saat beraktifitas, Q= nyeri seperti ditusuk-tusuk, R=dibagian epigastrium, S=skala nyeri 5, T= nyeri terjadi secara terus menerus, TD=118/90mmHg, N=67x/menit, RR=20x/menit, S=38,6°C. Pada pukul 17.05 WIB dilakukan implementasi mengidentifikasi respon non verbal, respon pasien dari data subjektif yaitu pasien mengatakan pada ulu hatinya terasa sakit, sedangkan data objektifnya pasien tampak lemah memegang perutnya dan tampak meringis

menahan sakit. Pada pukul 17.10 WIB dilakukan implementasi memberikan terapi non farmakologi tarik napas dalam, respon pasien dari data subjektif pasien mengatakan bersedia mengikuti intruksi dari perawat, sedangkan dari data objektifnya yaitu pasien nampak mengikuti tarik napas dalam yang telah diajarkan . Pada pukul 17.15 WIB memberikan implementasi mengkolaborasi pemberian analgetik, respon pasien dari data subjektif pasien mengatakan bersedia diberikan obat, sedangkan dari data objektifnya yaitu pasien tampak mengangguk menyetujui saat diberikan injeksi intravena hyocin dan ranitidin. Selanjutnya pada pukul 17.20 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi kemampuan menerima informasi, respon pasien dari data subjektif pasien mengatakan bersedia diberikan informasi, sedangkan dari data objektifnya yaitu pasien tampak kooperatif. Pada pukul 17.25 dilakukan implementasi menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, respon pasien dari data subjektif pasien mengatakan bersedia diberi materi pendidikan kesehatan, sedangkan dari data objektifnya yaitu media dan materi sudah siap. Pada pukul 17.30 dilakukan implementasi memberikan kesempatan bertanya, respon pasien dari data subjektif pasien mengatakan kenapa dengan penyakit saya, sedangkan dari data objektifnya yaitu pasien tampak sesekali bertanya. Pada pukul 17.35 WIB dilakukan implementasi mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, respon pasien dari data subjektif pasien mengatakan paham dengan yang dijelaskan, sedangkan dari data objektifnya yaitu pasien tampak mengangguk. Kemudian pada pukul 17.40 WIB dilakukan implementasi ada diagnosa ketiga yaitu memonitor asupan dankeluarnya makanan dan cairan sesuai kebutuhan kalori, respon pasien dari data subjektif pasien mengatakan makan hanya 5 sendok, minum 1 gelas tetapi langsung muntah, sedangkan dari data objektifnya yaitu pasien tampak lemah dan lesu. Pada pukul 17.45WIB dilakukan implementasi mendiskusikan perilaku makan dan aktivitas fisik yang sesuai, respon pasien dari data subjektif pasien mengatakan sering makan pedas dan selalu melewatkan sarapan,

sedangkan dari data objektifnya yaitu pasien tampak lemas dan lemah. Pada pukul 17.50 WIB dilakukan implementasi mengajarkan diet yang tepat, respon pasien dari data subjektif pasien mengatakan mau mencoba makanan yang tinggi serat dan tidak pedas, sedangkan dari data objektifnya yaitu mengajarkan pemberian makan yang tinggi serat.

Pada hari kedua tanggal 22 Februari 2023 pukul 14.30 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi nyeri dengan PQRST, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri dibagian epigastrium, sedangkan data objektifnya yaitu P=saat melakukan aktivitas, Q=nyeri seperti ditusuk-tusuk, R= pada epigastrium, S= skala 3, T= hilang timbul. Pada pukul 14.35 WIB dilakukan implementasi mengidentifikasi respon non verbal, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada ulu hati, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak meringis dan lemah. Pada pukul 14.40 WIB dilakukan implementasi memberikan teknik non farmakologi terapi tarik napas dalam, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan bisa mengulangi tarik napas dalam jika merasa nyeri, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak melakukan tarik napas dalam dengan baik. Pada pukul 14.45 WIB dilakukan implementasi mengkolaborasi pemberian analgetik, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan setuju diberi analgetik, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak mengganggu. Pada pukul 14.50 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi kemampuan menerima informasi, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan bersedia dan masih ingat penjelasan yang diberikan di hari sebelumnya, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak masih mengingat materi. Pada pukul 14.55 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa yang ketiga yaitu memonitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan sesuai kebutuhan kalori, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan makan hanya 5 sendok minum susu hanya 1 gelas tetapi tidak muntah, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak lebih bertenaga. Pada pukul 15.00 WIB dilakukan

implementasi mendiskusikan perilaku makan dan aktivitas fisik yang sesuai respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan sudah mengurangi makan pedas dan sarapan tepat waktu, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak makan sesuai diit RS. Pada pukul 15.05 WIB dilakukan implementasi mengajarkan diit yang tepat, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan makan sesuai diit rs, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak menghabiskan makanannya dan tampak lebih segar.

Pada hari ketiga tanggal 23 Februari pukul 07.00 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi nyeri dengan PQRST, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan, sedangkan data objektifnya yaitu pasien nyeri dibagian epigastrium, sedangkan data objektifnya yaitu P=saat melakukan aktivitas, Q=nyeri seperti ditusuk-tusuk, R= pada epigastrium, S= skala 2, T= hilang timbul, pasien tampak lebih tenang dan nyaman. Pada pukul 07.05 WIB dilakukan implementasi mengidentifikasi respon non verbal, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri sudah jarang kambuh, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak nyaman. Pada pukul 07.10 WIB dilakukan implementasi memberikan teknik non farmakologi terapi tarik napas dalam, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan selalu mengulangi tarik napas dalam jika nyerinya timbul, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak melakukan tarik napas dalam dengan baik. Pada pukul 07.15 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi kemampuan menerima informasi, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan sudah paham terkait penyakitnya, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak memahami mengingat materi. Pada pukul 07.20 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa yang ketiga yaitu memonitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan sesuai kebutuhan kalori, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan dapat menghabiskan 1 porsi makanan dari RS, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak menghabiskan makanan.

F. Evaluasi

Pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 18.00 WIB hasil evaluasi pada diagnosa pertama yaitu S= pasien mengatakan nyeri pada epigastrium dengan skala 5, pasien mau untuk diajarkan teknik non farmakologi tarik napas dalam dan diberi analgetik, O= Pasien tampak meringis menahan sakit dan sesekali memegang perutnya, A= masalah belum teratasi, P = lanjutkan intervensi mengidentifikasi nyeri dengan PQRS, mengidentifikasi respon non verbal, memberikan terapi non farmakologis teknik relaksasi napas dalam dan mengkolaborasi pemberian analgetik. Pada pukul 18.15 dilakukan evaluasi pada diagnosa kedua yaitu S=pasien mengatakan kenapa bisa nyeri?, kenapa dengan penyakit saya, pasien mengatakan bersedia diberikan pendidikan kesehatan, O= pasien tampak bertanya mengenai penyakitnya, pasien tampak mengangguk, A= masalah teratasi sebagian, P= lanjutkan intervensi mengidentifikasi kemampuan menerima informasi. Pada pukul 18.30 dilakukan evaluasi pada diagnosa ketiga yaitu S=pasien mengatakan nafsu makan hilang, hanya makan makanan yang berasa pedas, sering mual muntah, bb turun 3kg, O=pasien tampak mual, muntah setelah makan, pasien tidak menghabiskan makanannya, A=masalah belum teratasi, P= lanjutkan intervensi memonitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan sesuai kebutuhan kalori, diskusikan perilaku makan dan aktivitas fisik yang sesuai, dan mengajarkan diet yang tepat.

Pada tanggal 22 Februari 2023 pukul 16.00 WIB hasil evaluasi pada diagnosa pertama yaitu S= pasien mengatakan nyeri pada epigastrium dengan skala 3, pasien bisa mengulangi teknik non farmakologi tarik napas dalam jika merasa nyeri dan pasien mengatakan setuju diberi analgetik, O= Pasien tampak meringis menahan sakit dan sesekali memegang perutnya, pasien tampak mengulangi relaksasi napas dalam dengan baik, A= masalah teratasi sebagian, P = lanjutkan intervensi mengidentifikasi nyeri dengan PQRST, mengidentifikasi respon non verbal, memberikan terapi non farmakologis teknik relaksasi napas dalam dan mengkolaborasi pemberian analgetik. Pada

pukul 16.15 dilakukan evaluasi pada diagnosa kedua yaitu S=pasien mengatakan sudah paham dengan penyakitnya, O= pasien tampak paham dan bisa menjelaskan kembali, A=masalah teratasi sebagian, P= lanjutkan intervensi mengidentifikasi kemampuan menerima informasi. Pada pukul 16.30 dilakukan evaluasi pada diagnosa ketiga yaitu S=pasien mengatakan makan sesuai diit, tidak pedas tetapi hanya habis 5 sendok makan, O=pasien tampak makan sesuai diit RS pasien tidak menghabiskan makanannya, A=masalah teratasi sebagian, P= lanjutkan intervensi intervensi memonitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan sesuai kebutuhan kalori,

Pada tanggal 23 Februari 2023 pukul 10.00 WIB hasil evaluasi pada diagnosa pertama yaitu S= pasien mengatakan nyeri sudah jarang dengan skala 3, pasien selalu mengulangi teknik non farmakologi tarik napas dalam jika merasa nyeri dan pasien mengatakan setuju diberi analgetik, O= Pasien tampak tenang dan tidak meringis menahan sakit, A= masalah teratasi sebagian, P = lanjutkan intervensi mengidentifikasi nyeri dengan PQRST, mengidentifikasi respon non verbal, memberikan terapi non farmakologis teknik relaksasi napas dalam dan mengkolaborasi pemberian analgetik. Pada pukul 10.15 dilakukan evaluasi pada diagnosa kedua yaitu S=pasien mengatakan masih ingat dan sudah paham dengan pendidikan kesehatan yang diberikan, O= pasien tampak paham dan bisa menjelaskan kembali, A= masalah teratasi, P= hentikan intervensi. Pada pukul 16.30 dilakukan evaluasi pada diagnosa ketiga yaitu S=pasien mengatakan sudah bisa menghabiskan 1 porsi makan sesuai diit, O=pasien tampak makan sesuai diit RS, pasien tampak bertenaga, A=masalah teratasi, P= hentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis akan membahas secara mendalam analisis kasus Nn.L. dengan dispepsia di kamar K di Hasyim Asy'ari RSI NU Demak. Pembahasan lebih detail dalam bab ini dipaparkan dengan tujuan sebagai evaluasi kekurangan dan hambatan yang dilakukan selama pemberian asuhan keperawatan berdasarkan konsep dasar yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya. Tahapan asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana tindakan keperawatan, tindakan implementasi keperawatan serta hasil evaluasi keperawatan.

A. Definisi

Para penulis mengidentifikasi tiga diagnosis dalam proses perawatan cedera ini: nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera fisiologis; defisit pengetahuan terkait dengan kurangnya paparan informasi; dan risiko defisit nutrisi yang terkait dengan ketidakmampuan untuk makan makanan.

Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia (SDKI) mendefinisikan diagnosis nyeri akut sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau bertahap dan intensitas ringan hingga berat selama kurang dari tiga bulan. diagnosis kekurangan pengetahuan, yaitu tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, kemudian dipahami. Sedangkan risiko mengalami asupan nutrisi yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolik dikaitkan dengan diagnosis risiko defisit nutrisi.

B. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan yang mempunyai peran penting dalam tahap proses keperawatan berikutnya, hal ini dilakukan dengan tujuan untuk menyusun data mengenai identitas, tingkat dasar kesehatan klien, riwayat penyakit serta pemeriksaan praktek

kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait penggunaan aspek biologis, psikologis, sosiokultural maupun spiritual (Yunus, 2019b).

Berdasarkan temuan penelitian, Nn.L mengalami kasus dispepsia di ruang KH pada 21 Februari 2023. Data yang dihimpun Hasyim Asy'ari RSI NU Demak antara lain: Pasien datang ke rumah sakit dengan keluhan nyeri pada ulu hati, pusing, mual, muntah, nafsu makan menurun, hanya mau makan jika rasanya pedas, sering mual dan muntah, BB turun 3 kg dalam seminggu, tampak menanyakan penyakitnya, tampak meringis sesekali memegangi perutnya, dengan hasil pengkajian PQRST sebagai berikut: P=pasien mengatakan nyeri saat beraktifitas, Q= nyeri seperti ditusuk-tusuk, R=dibagian epigastrium, S=skala nyeri 5, T= nyeri terjadi secara terus menerus, TD=118/90mmHg, N=67x/menit, RR=20x/menit, S=38,6°C.

C. Diagnosa

Diagnosis mencakup pendapat profesional tentang dampak masalah kesehatan potensial atau yang ada atau proses biologis pada individu, keluarga, atau komunitas. Landasan untuk membuat rencana tindakan asuhan keperawatan adalah diagnosis psikiatri. (Nafi'ah, 2021).

Pada tinjauan teori ditemukan 6 diagnosa keperawatan pada pasien dengan dispepsia dan pada tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Nn.L dengan kasus dispepsia di ruang Kh. Hasyim Asy'ari RSI NU Demak. Penulis menegakkan tiga diagnosa prioritas yang akan dianalisis dalam bab ini.

1. Diagnosa yang muncul

Nyeri akut yang berhubungan dengan agen fisiologis cedera merupakan diagnosis awal yang ditunjukkan dengan keluhan nyeri di epigastrium, meringis, dan kadang-kadang menahan perut. Nyeri akut didefinisikan oleh SDKI (2018) sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan serangan tiba-tiba atau bertahap dan intensitas ringan hingga berat selama kurang dari tiga bulan. Alasan penulis menegakkan diagnosa

tersebut dikarenakan pada saat pengkajian di dapatkan data subjektif mengeluh nyeri dibagian epigastrium, sedangkan data objektifnya tampak meringis sesekali memegang perutnya, dengan hasil pengkajian PQRST sebagai berikut: P=pasien mengatakan nyeri saat beraktifitas, Q= nyeri seperti ditusuk-tusuk, R=dibagian epigastrium, S=skala nyeri 5, T= nyeri terjadi secara terus menerus. Diagnosa tersebut penulis tegakkan menjadi diagnosa utama berdasarkan pentingnya penanganan yang harus di dahulukan.

Kekurangan pengetahuan, atau tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif yang relevan dengan topik tertentu, merupakan diagnosis kedua. Tanggapan subyektif pasien terhadap pertanyaan penulis tentang penyakitnya mengarahkan penulis untuk membuat diagnosis ini, meskipun sebenarnya tanggapan obyektif pasien adalah bahwa pasien tampak tidak nyaman saat mendiskusikan kondisinya.

Kemudian diagnosa ketiga yaitu resiko defisit nutrisi adalah beresiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Alasan penulis menegakkan diagnosa tersebut dikarenakan pada saat pengkajian di dapatkan data subjektif nafsu makan menurun, hanya mau makan jika rasanya pedas, sering mual dan muntah, BB turun 3 kg, sedangkan data objektifnya pasien tampak tidak menghabiskan makanan yang disajikan.

2. Diagnosa yang tidak muncul

Diagnosa yang mungkin muncul tetapi belum penulis tegakkan karena terpenuhinya asupan keperawatan berhubungan dengan penyakit yang diderita oleh pasien dengan menegakan diagnosa prioritas yaitu hipertermi.

SDKI (2018) mendefinisikan hipertermia sebagai peningkatan suhu tubuh di atas kisaran normal tubuh. Hipertermia adalah kondisi kedua. Mengingat data objektif yang diperoleh menunjukkan peningkatan suhu tubuh di atas kisaran normal atau $38,6^{\circ}\text{C}$, maka sudah seharusnya penulis mencantumkan diagnosis hipertermia sebagai diagnosis prioritas.

Akibat suhu tubuh Nn.L kembali normal pada hari pertama penilaian setelah pemberian terapi obat parasetamol oral, penulis memutuskan untuk tidak membuat diagnosis hipertermia terkait dengan proses penyakit pada kasusnya.

D. Intervensi

Semua jenis intervensi gerakan adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat, pasien, keluarga, dan orang lain yang dekat dengan pasien untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kondisi kesehatannya. (Lingga, 2019).

Penulis merencanakan intervensi 3x7 jam untuk diagnosis pertama nyeri akut yang disebabkan oleh agen berbahaya secara fisiologis dengan harapan nyeri akan berkurang dengan ekstraksi. Efek rasa sakit, meringis, dan kecemasan mulai berkurang. Intervensi meliputi membantu lokasi nyeri, jenis nyeri yang dialami, frekuensi, intensitas, intensitas, dan durasi nyeri; membantu dengan skala nyeri yang dirasakan klien; membantu dengan tanggapan non-verbal; membantu pemberian satu teknik terapi nonfarmakologi (napas dalam); membantu mengendalikan faktor lingkungan yang memperparah rasa sakit; dan membantu pemberian analgesia.

Penulis merencanakan intervensi 3x7 jam untuk diagnosis kedua—kurangnya pengetahuan yang disebabkan oleh kurangnya paparan informasi—dengan harapan dapat menambah pengetahuan dengan membatasi jawaban atas pertanyaan tentang kesulitan yang dihadapi. Intervensi yang dilakukan antara lain membantu kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi, perilaku hidup bersih dan sehat, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, dan menguraikan faktor risiko yang terkait.

Penulis telah mengembangkan beberapa intervensi, antara lain pemantauan asupan dan keluaran makanan dan cairan sesuai kebutuhan kalori, mendiskusikan perilaku makan yang tepat, dan menetapkan intervensi selama

3x7 jam untuk diagnosis ketiga yaitu risiko defisiensi nutrisi terkait ketidakmampuan untuk mencerna makanan. Diharapkan porsi makan bertambah, nafsu makan bertambah, berat badan bertambah, dan rasa kenyang cepat berkurang.

E. Implementasi

Implementasi pemusnahan merupakan serangkaian tugas yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dalam transisi dari status kesehatan yang buruk yang menggambarkan hasil yang diantisipasi dari razia ke status kesehatan yang lebih baik (Finishia & Zalukhu, 2020). Pelaksanaan ekspansi berlangsung selama tiga hari, dari 21 Februari hingga 23 Februari 2023.

Menanyakan pasien tentang area, jenis, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri mereka adalah langkah pertama dalam membuat diagnosis nyeri akut yang disebabkan oleh agen perusak fisiologis. Implementasi ini dapat berjalan dengan baik karena pasien yang kooperatif mau mengikuti arahan dan melakukan dengan baik.

Pada diagnosa kedua yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dilakukan implementasi mengidentifikasi kemampuan menerima informasi, respon pasien dari data subjektif pasien mengatakan bersedia diberikan informasi. Implementasi ini dapat berjalan dengan baik karena pasien yang kooperatif mendengarkan dan memahami apa yang disampaikan.

Pada diagnosa ketiga yaitu resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dilakukan implementasi memonitor asupan dan keluaranya makanan dan cairan sesuai kebutuhan kalori, mendiskusikan perilaku makan dan aktivitas fisik yang sesuai, dan mengajarkan diet yang tepat. Implementasi ini dapat berjalan dengan baik karena pasien dapat mengikuti arahan dan kooperatif serta peran keluarga

sangat penting dalam melakukan implementasi.

F. Evaluasi

Sebuah studi tentang reaksi pasien setelah penerapan intervensi biaya dan tinjauan perawatan kehilangan yang diberikan dikenal sebagai evaluasi fitur (Yunus, 2019).

Diagnosis pertama, nyeri akut yang terkait dengan agen cedera fisiologis, dievaluasi selama tiga hari pada 21-23 Februari 2023. Hasil yang ditemukan yaitu tujuan tercapai dan masalah teratasi dengan kondisi pasien yang membaik serta penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 2, dan pasien dapat mengontrol nyeri secara mandiri serta melakukan aktivitas tanpa terganggu nyeri, sehingga penulis menghentikan intervensi pada hari ketiga dan tetap menganjurkan pada pasien untuk tetap melakukan teknik yang diajarkan apabila terjadi nyeri secara mendadak .

Evaluasi diagnosis kedua, yaitu kurangnya paparan informasi dan pengetahuan. Selama implementasi 3 hari memperoleh hasil dengan tujuan tercapai dan masalah teratasi dengan kondisi pengetahuan membaik dan pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. Ditemukan data subjektif pasien mengatakan masih ingat dan sudah paham dengan pendidikan kesehatan yang diberikan, dan data objektif pasien tampak paham dan bisa menjelaskan kembali, sehingga penulis menghentikan intervensi pada hari ketiga.

Evaluasi diagnosa ketiga yaitu resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Selama implementasi 3 hari memperoleh hasil dengan tujuan tercapai dan masalah teratasi dengan kondisi porsi makan meningkat dan nafsu makan meningkat. Ditemukan data subjektif dan objektif pasien sudah dapat menghabiskan 1 porsi makan sehingga penulis menghentikan intervensi pada hari ketiga

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan temuan studi kasus pada Nn.L yang divonis dispepsia. Berikut dapat ditarik kesimpulan terkait di Ruang KH. Hasyim Asy'ari RSI NU Demak yang dikelola selama 3 hari dari tanggal 21 Februari sampai dengan 23 Februari 2023. Kasus tersebut meliputi asesmen, diagnosis rehabilitasi, pelaksanaan rencana tindakan pemulihan, implementasi, dan evaluasi.

1. Definisi

Ketidaknyamanan atau nyeri usus disebut sebagai dispepsia. Kondisi ini dianggap sebagai gangguan tubuh yang mempengaruhi bagaimana tubuh merespon lingkungannya. Orang-orang usia produktif, khususnya yang berusia antara 30 dan 50 tahun, sering terkena reaksi ini karena mengganggu metabolisme. (Silubun, 2022).

2. Pengkajian

Pengkajian yang penulis lakukan meliputi identitas dari Nn.L, riwayat kesehatan lalu, riwayat kesehatan pada Tn.M sekarang, pemeriksaan pola kesehatan fungsional dan pemeriksaan fisik. Hasil dari pengkajian ditemukan keluhan nyeri pada ulu hati dengan skala 5, demam, pusing, mual, muntah, dan nafsu makan menurun, BB turun 3kg.

3. Diagnosa

Diagnosa keperawatan ditentukan berdasarkan dengan keluhan yang dirasakan pasien dan hasil dari pemeriksaan yang dilakukan oleh penulis. Dalam asuhan keperawatan ini didapatkan 3 diagnosa yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai dengan adanya keluhan nyeri dibagian epigastrium, tampak meringis dan sesekali memegangi perutnya.
- b. Defisit pengetahuan yang disebabkan oleh kurangnya paparan informasi; Masalah ini ditunjukkan dengan pertanyaan pasien tentang penyakitnya.

- c. Defisiensi nutrisi yang disebabkan oleh konsumsi makanan, seperti yang ditunjukkan oleh penurunan nafsu makan, kesukaan terhadap makanan pedas, sering mual dan muntah, dan penurunan berat badan 3 kg setiap minggu.

4. Intervensi

Rencana tindakan keperawatan atau intervensi dalam studi kasus pada pasien dengan gagal ginjal kronik disesuaikan dengan masalah yang muncul. Intervensi ini telah sesuai dengan SIKI (2018) dan SLKI (2018) di dalamnya berisi tentang observasi, terapeutik dan edukasi.

5. Implementasi

Pelaksanaan tindakan atau implementasi dilakukan berdasarkan rencana yang telah ditentukan sesuai dengan tanda dan gejala mayor. Pelaksanaan dilakukan selama 3x7 jam.

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan akhir sebuah proses dari suatu tindakan keperawatan untuk melihat hasil tindakan yang telah diberikan. Evaluasi dilaksanakan selama 3x8 jam dengan hasil masalah sebagian teratasi dengan tujuan teratasi untuk menghentikan intervensi.

B. Saran

1. Bagi Intitusi Pendidikan

Hasil karya tulis ilmiah yang telah disusun penulis diharapkan mendapat koreksi dan masukan dari pihak institusi sebagai bahan untuk mengembangkan karya tulis ilmiah kepada penulis-penulis selanjutnya agar menghasilkan karya tulis yang lebih baik dan dapat dijadikan referensi oleh pihak institusi dalam memberikan materi mengenai asuhan keperawatan yang terkait dengan pasien dispepsia.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah yang telah disusun penulis diharapkan dapat menjadi tolok ukur dalam memperbaiki kualitas asuhan keperawatan

bagi tenaga medis terkait untuk memberikan asuhan keperawatan dengan maksimal terhadap pasien dengan kasus dispepsia

3. Bagi Lahan Praktik

Hasil karya tulis ilmiah yang telah disusun penulis diharapkan dapat menjadi referensi oleh pihak penyedia lahan praktik untuk dapat mengembangkan inovasi dalam memberikan materi mengenai asuhan keperawatan yang terkait dengan pasien dispepsia

4. Bagi Masyarakat

Hasil karya tulis ilmiah yang telah disusun penulis diharapkan dapat di jadikan pelajaran bagi masyarakat dalam menangani kasus dispepsia, serta masyarakat mampu lebih aktif mencari informasi dari sumber referensi lain yang akurat agar terciptanya keluarga yang sehat.



DAFTAR PUSTAKA

- Alzani, M., Lestari, W., Ervan, E., & Dahrizal, D. (2022). *Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien Dispepsia di RS Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2022*. Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
- Ardiyanto, M. N. (2019). *Pengelolaan Nyeri Akut pada Ny. S dengan Dispepsia di Ruang Bougenvile RSUD Ungarann*.
- Bayupurnama, P., Sofia, N. A., & Cahyani, A. U. (2019). 2993 Interaction Between Internet Browsing Habit and Dyspepsia Syndrome in Adolescents. *Official Journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 114, S1620.
- DinKes Demak. (2021). *Profil Kesehatan Tahun 2021*.
- Fauziah, A., Puspareni, L. D., & Wardhani, S. (2022). Pendidikan Gizi tentang Pola Makan untuk Mencegah Dispepsia pada Remaja. *Jurnal Abmas Negeri (JAGRI)*, 3(1), 56–61. <https://doi.org/10.36590/jagri.v3i1.318>
- Finishia, F., & Zalukhu, P. (2020). *Implementasi Dalam Rencana Keperawatan*.
- Kedoh, D. L. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. A. S Dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Nutrisi Dispepsia Di Ruang Mawar RS Bhayangkara Polrititus ULY Kupang*.
- Lingga, B. Y. S. U. (2019). *Manajemen Asuhan Keperawatan Sebagai Acuan Keberhasilan Intervensi Keperawatan*.
- Melina, A., Nababan, D., Rohana, T., Ilmu, M., & Masyarakat, K. (2023). Faktor Risiko Terjadinya Sindroma Dispepsia pada Pasien di Poli Klinik Penyakit Dalam RSUD dr. Pirngadi Medan Tahun 2019. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic*, 3(1).
- Muti, A. (2019). *Asuhan Keperawatan pada Ny. P. A. I dengan Dispepsia di Ruang Cempaka RS Polri Titus ULY Kupang*.
- Nafi'ah, S. (2021). *Pengertian Diagnosa Keperawatan*.
- Permana, S., & Denny Nugraha, N. (2020). *Perancangan Media Edukasi Dispepsia Untuk Kesehatan Lambung terhadap Remaja di Kota Bandung Designing Dyspepsia Education Media for Gastric Health on Teenagers in Bandung*. www.kompas.com,
- Sandi, D. E. (2020). *Hubungan Keteraturan Pola Makan Dengan Kejadian Dispepsia Fungsional Pada Remaja: Sistematic Review*.

- Setiandari Lely Octaviana, E., Rachman, A., Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al Banjari Banjarmasin, F., Selatan, K., & Tinggi Ilmu Kesehatan Suaka Insan Banjarmasin Kalimantan Selatan, S. (2021). Hubungan Pola Makan dan Stres dengan Kejadian Dispepsia pada Siswa di SMP Negeri 2 Karang Intan. In *The Indonesian Journal of Health*: Vol. XI (Issue 2).
- Silubun, C. F. (2022). *Asuhan Keperawatan pada Nn. A dengan Dispepsia di Ruang Perawatan Interna Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar= Nursing Care On Nn. A with Dyspepsia in the Internal Treatment Room Makassar City Regional General Hospital*. Universitas Hasanuddin.
- Utami, D. (2021). *Literature Review : Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien*.
- Yunus, R. (2019a). *Evaluasi Pelayanan Dalam Asuhan Keperawatan*.
- Yunus, R. (2019b). *Integritas Dalam Pengkajian Keperawatan*.

