

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Z DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS DISPEPSIA DIRUANG HASYIM ASHARI  
RUMAH SAKIT ISLAM NAHDLATUL ULAMA DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

**LINDA NOOR DIANA**

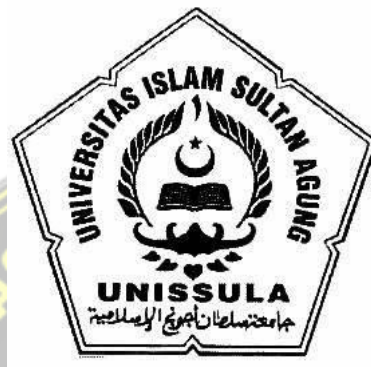
**40902000047**

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

**2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Z DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS DISPEPSIA DIRUANG HASYIM ASHARI  
RUMAH SAKIT ISLAM NAHDLATUL ULAMA DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**LINDA NOOR DIANA**

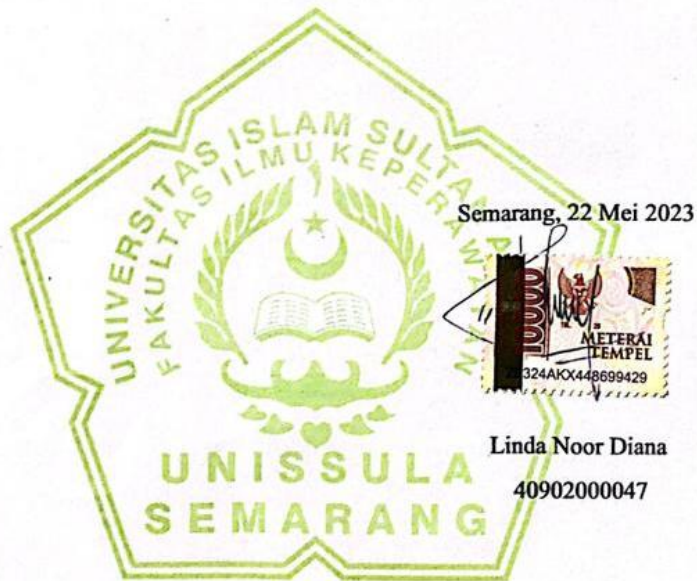
**40902000047**

**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 Ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Z DENGAN DISPEPSIA DI  
RUANG HASYIM ASHARI RUMAH SAKIT ISLAM NAHDLATUL  
ULAMA DEMAK**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Linda Noor Diana

NIM : 40902000047

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 : Senin

Tanggal : 22 Mei 2023

Semarang, 22 Mei 2023

Pembimbing



(Ns. M. Arifin Noor, M.Kep. Sp.Kep.MB)

NIDN. 0627088403

## HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DII Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada Hari Senin Tanggal 22 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 22 Mei 2023

Penguji I

Ns. Indah Sri W., M.Kep

NIDN.0615098802

Penguji II

Ns. Ahmad Ikhlasul A., MAN

NIDN.0605108901

Penguji III

Ns. M. Arifin Noor, M.Kep, Sp.Kep.MB

NIDN.0627088403

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN. 062.208.7403



## MOTTO

“ Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya ”

(Al-Baqarah: 286)

“ Berpikirlah positif, tidak peduli seberapa keras kehidupan ”

**-Ali Bin Abi Tholib -**



## KATA PENGANTAR

Assalamu`alaikum Wr. Wb.

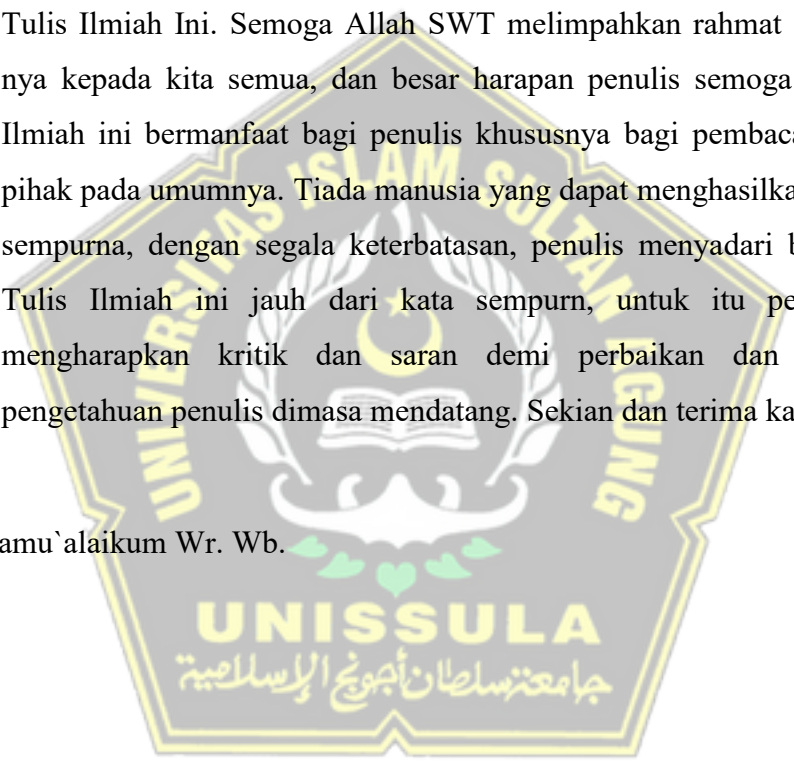
Puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat taufik dan hidayah-nya, sehingga penulis diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Klien Dispepsia di Ruang Hasyim Ashari Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak.

Terkait penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis memperoleh saran serta bimbingan yang bermanfaat dari banyak pihak, sehingga penyusun dapat menyelesaikan sesuai dengan perencanaan. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian SKM., M.Kep Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf M.Kep Selaku Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. M. Arifin Noor, M.Kep, Sp.Kep.MB Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
5. Segenap Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan ilmu pengetahuan
6. Bapak dan Ibu CI Pembimbing di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak yang selalu membimbing penulis dalam pengambilan kasus Karya Tulis Ilmiah.
7. Kedua Orang Tua Saya Bapak Rohadi dan Ibu Miatun yang tercinta dengan segala cinta dan kasih sayangnya serta pengorbanannya, mendidik, memotivasi, serta memberikan doa yang tiada hentinya dan telah mendukung dengan material maupun non material.
8. Kakak Saya Rizki Amalia yang saya cintai, terima kasih atas semangat dan doanya.

9. Kepada Sahabat Saya Slayolay Depik, Amel, Intan, Mai, Upi, terima kasih telah bersama 3 tahun ini menjadi momen yang tidak pernah terlupakan atas cinta, kasih sayang, dan bantuannya.
10. Kepada sahabat saya Lidya, Anel, Herika, Riris, Caca, Anggita terima kasih atas dukungan dan semangatnya.
11. Kepada Teman Sejawat dan Seangkatan terima kasih atas perjuangan bersamanya serta momen-momen bersama
12. Serta seluruh pihak yang turut berkontribusi atas terselesainya Karya Tulis Ilmiah Ini. Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayahnya kepada kita semua, dan besar harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya bagi pembaca dari semua pihak pada umumnya. Tiada manusia yang dapat menghasilkan karya yang sempurna, dengan segala keterbatasan, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kata sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan peningkatan pengetahuan penulis dimasa mendatang. Sekian dan terima kasih.

Wassalamu`alaikum Wr. Wb.

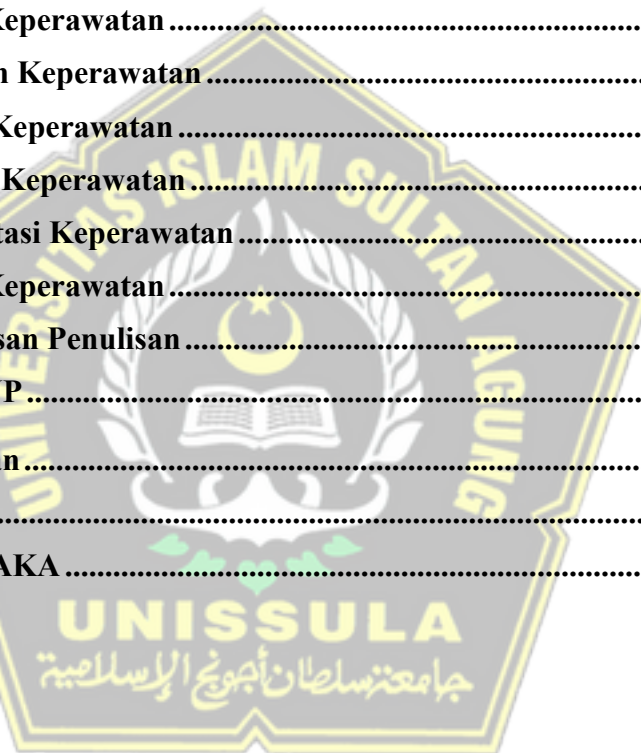




## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Study Kasus.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat.....	3
BAB II TINJAUAN TEORI.....	5
A. Konsep Dasar.....	5
1. Definisi.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Patofisiologi.....	6
4. Manifestasi Klinis.....	7
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	8
6. Komplikasi.....	9
7. Penatalaksanaan Medis.....	9
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	10
1. Pengkajian Keperawatan.....	10
2. Diagnosa Keperawatan.....	13
C. Pathways.....	23

<b>BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN .....</b>	<b>24</b>
<b>A. Pengkajian Keperawatan .....</b>	<b>24</b>
<b>B. Pola Kesehatan Fungsional .....</b>	<b>25</b>
<b>C. Pemeriksaan Fisik (<i>Head To Toe</i>) .....</b>	<b>28</b>
<b>D. Data Penunjang .....</b>	<b>29</b>
<b>E. Analisa Data .....</b>	<b>30</b>
<b>F. Intervensi Keperawatan .....</b>	<b>31</b>
<b>G. Implementasi Keperawatan .....</b>	<b>32</b>
<b>H. Evaluasi Keperawatan .....</b>	<b>35</b>
<b>A. Pengkajian Keperawatan .....</b>	<b>39</b>
<b>B. Diagnosa Keperawatan .....</b>	<b>41</b>
<b>C. Intervensi Keperawatan .....</b>	<b>44</b>
<b>D. Implementasi Keperawatan .....</b>	<b>46</b>
<b>E. Evaluasi Keperawatan .....</b>	<b>50</b>
<b>F. Keterbatasan Penulisan .....</b>	<b>52</b>
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>55</b>
<b>A. Kesimpulan .....</b>	<b>55</b>
<b>B. Saran .....</b>	<b>56</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>57</b>



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Kesedian Pembimbing .....	61
Lampiran 2. Lembar Konsultasi .....	62
Lampiran 4. Form Bimbingan .....	63
Lampiran 5. Asuhan Keperawatan .....	65



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Dispepsia merupakan gejala yang sering ditemukan dimasyarakat yang ditandai dengan adanya rasa nyeri dan tidak nyaman pada bagian atas atau ulu hati (Zakiyah et al., 2021) Dispepsia dibedakan menjadi dua, yaitu struktural dan fungsional . Pada dispepsia structural penyebabnya yaitu penyakit ulkus peptikum (peradangan atau terkikisnya lapisan dinding lambung), GERD, kanker, penggunaan alkohol atau obat kronis.sedangkan dispepsia fungsional ditandai dengan nyeri atau tidak nyaman perut bagian atas yang kronis atau berulang. (Wibawani, 2019)

Menurut Herman & Lau (2020) Berdasarkan data World Health Organization (WHO) kasus dyspepsia didunia mencapai 13-40% dari total populasi setiap tahun. Dengan proporsi 1,5% untuk kategori 10 jenis penyakit terbesar pada klien rawat jalan di seluruh rumah sakit di Indonesia dispepsia berada pada peringkat ke-10 (Herman & Lau, 2020). Menurut Sumarni dan Dina Andriani (2019) Kasus dispepsia di kota-kota besar di Indonesia juga relative tinggi. Dari penelitian yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI Tahun 2015, angka kejadian dispepsia di Surabaya mencapai 31,2%, Denpasar 46%, Jakarta 50%, Bandung 32,5%, Palembang 35,5%, Pontianak 31,2%, Medan 9,6%, dan termasuk Aceh mencapai 31,7%. Angka dari kasus tersebut dapat mengalami kenaikan disetiap tahunnya (Sumarni & Andriani, 2019)

Salah satu faktor yang berperan pada kejadian dispepsia diantaranya adalah pola makan. Selain jenis-jenis makanan yang di konsumsi pola makan yang tidak teratur seperti jadwal makan yang tidak sesuai serta kebiasaan yang dilakukan dapat berpengaruh sehingga dapat menyebabkan dispepsia. Hal ini dapat dilihat dari data penelitian frekuensi makan yang tidak teratur 2 kali dalam sehari 48% dan kebiasaan yang

kurang baik adalah olahraga dengan perut yang kosong sebanyak 20% remaja di Madrasah Aliyah Negeri Model Manado yang menunjukkan pola makan yang tidak teratur (Fithriyana, 2018)

Masalah keperawatan yang dapat muncul pada kasus dispepsia yaitu diantaranya Nyeri Akut, Pola Napas Tidak Efektif, serta Gangguan Pola Tidur. Ada tindakan prioritas yang dapat dilakukan perawat yaitu meredakan nyeri , serta mengatur pola tidur supaya klien dapat tidur normal kembali serta penanganan untuk gangguan pola napasnya. Salah satu cara penanganannya tentunya dengan menerapkan pola makan yang benar dan sehat. Menerapkan pola makan yang benar dan sehat dengan mengatur pola makan setiap harinya, mengonsumsi makanan tidak berlebihan dan makan tepat waktu dengan jam yang sama setiap harinya dan mengurangi makanan yang mengandung bahan pengawet. (Sumarni & Andriani, 2019)

Dalam praktik klinis, peneliti memberikan pelayanan keperawatan untuk klien yaitu dengan melakukan peran perawat sebagai care giver. Perawat sebagai care giver atau pemberi asuhan keperawatan harus memberikan asuhan keperawatan profesional kepada klien meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi hingga evaluasi. Perawat melakukan observasi terhadap kondisi klien, melakukan pendidikan kesehatan, serta memberikan informasi yang terkait dengan kebutuhan klien sehingga masalah dapat teratasi. Selain itu, perawat harus mampu menjadi consultant atau tempat konsultasi bagi klien, keluarga, dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami klien. Peran ini dilakukan oleh perawat sesuai dengan permintaan klien (Karlina & Kora, 2020)

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik mengambil kasus untuk tugas akhir Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Ny.Z Dengan Dispepsia di Ruang Hasyim Ashari Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak Tahun 2023”



## B. Tujuan Study Kasus

### 1. Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada Ny. Z dengan dispepsia di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak tahun 2023.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. Z dengan dispepsia di ruang Hasyim Ashari RSI Nahdlatul Ulama Demak
- b. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. Z dengan dispepsia di ruang Hasyim Ashari RSI Nahdlatul Ulama Demak
- c. Mampu menyusun intervensi keperawatan pada Ny. Z dengan dispepsia di ruang Hasyim Ashari RSI Nahdlatul Ulama Demak
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. Z dengan dispepsia di ruang Hasyim Ashari RSI Nahdlatul Ulama Demak
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. Z dengan dispepsia di ruang Hasyim Ashari RSI Nahdlatul Ulama Demak
- f. Mampu membuat analisis antara kasus dan teori

## C. Manfaat

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah yang disusun mampu memberikan manfaat bagi pihak-pihak terkait :

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Karya Tulis Ilmiah ini bisa berguna untuk pengembangan pengetahuan dan informasi bagi mahasiswa dan mengaplikasikan asuhan keperawatan khususnya dengan klien dispepsia

2. Bagi Profesi Keperawatan

Agar perawat dapat memberikan asuhan keperawatan sesuai standar praktik pada klien dispepsia

3. Bagi Lahan Praktik

Agar menambah kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas pada klien dispepsia

4. Bagi Masyarakat

Agar bisa menambah pemahaman dan pengetahuan masyarakat mengenai upaya penanganan dispepsia.



## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Dasar**

##### **1. Definisi**

Dispepsia merupakan gejala yang sering ditemukan dimasyarakat yang ditandai dengan adanya rasa nyeri dan tidak nyaman pada bagian atas atau ulu hati (Zakiyah et al., 2021)

Dispepsia adalah penyakit yang ditandai dengan keluhan atau kumpulan gejala yang terdiri dari nyeri uluhati, mual, sakit buang air besar, kembung, dan selalu lapar.(Yani Maulita M.Kom, 2018)

Dispepsia adalah suatu kumpulan gejala/ keluhan yang terdiri dari nyeri ulu hati, kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, perut rasa penuh/ begah (Meilandani, 2015)

##### **2. Etiologi**

Dispepsia disebabkan oleh berbagai penyakit baik yang bersifat organik dan fungsional Penyakit yang bersifat organik antara lain : gangguan di saluran cerna atau di sekitar saluran cerna, seperti pankreas, kandung empedu dan lain-lain. Beberapa penyakit yang bersifat fungsional dapat dipicu karena faktor psikologis dan faktor intoleran terhadap obat-obatan dan jenis makanan tertentu. Adapun faktor-faktor yang menyebabkan dispepsia adalah:

- a. Gangguan saluran pencernaan bagian atas(esofagus, lambung dan usus halus bagian atas).
- b. Menelan banyak udara atau mempunyai kebiasaan makan yang salah (mengunyah dengan mulut terbuka atau berbicara).
- c. Menelan makanan tanpa dikunyah terlebih dahulu dapat

- menyebabkan lambung terasa penuh atau bersendawa terus.
- d. Mengonsumsi makanan dan minuman yang bisa memicu timbulnya dispepsia, seperti minuman beralkohol, bersoda (soft drink), kopi. Beberapa minuman diatas dapat mengiritasi dan mengikis permukaan lambung.
  - e. Obat penghilang nyeri seperti Nonsteroid Anti Inflammatory *Drugs* (NSAID) misalnya aspirin, Ibuprofen dan Naproven
  - f. Pola makan yang tidak teratur atau makan yang terburu-buru dapat menyebabkan terjadinya dispepsia (Zakiyah et al., 2021)

### 3. Patofisiologi

Perubahan pola makan yang tidak teratur, obat-obatan yang tidak jelas, zat-zat seperti nikotin, alkohol serta adanya kondisi yang stress, pemasukan makanan menjadi kurang sehingga lambung akan kosong, kekosongan lambung dapat mengakibatkan erosi pada lambung akibat gesekan antara dinding lambung, kondisi demikian akan mengakibatkan peningkatan produksi HCL yang merangsang terjadinya asam lambung sehingga rangsangan di medulla oblongata membawa dampak muntah sehingga intake tidak adekuat baik makanan maupun cairan (Aghadiati, 2017)

Pengaturan sekresi lambung dibagi menjadi 3 yaitu fase sefalik, fase gastrik, dan fase intestinal. Fase sefalik dimulai sebelum makanan masuk di lambung, yaitu akibat melihat, mencium, memikirkan, atau mengecap makanan. Fase ini dirantai seluruhnya oleh saraf vagus dan dihilangkan dengan vagotomi. Sinyal neurogenik yang menyebabkan fase sefalik berasal dari korteks serebri atau pusat nafsu makan. Impuls eferen kemudian dihantarkan melalui saraf vagus ke lambung. Hasilnya kelenjar gastric dirangsang mengeluarkan asam HCl, pepsinogen, dan menambah mucus. Fase sefalik menghasilkan sekitar 10% dari sekresi lambung normal yang berhubungan dengan makanan

Fase gastrik dimulai saat makanan mencapai antrum pilorus, distensi yang terjadi pada antrum menyebabkan terjadinya rangsangan mekanis dari reseptor-reseptor pada dinding lambung, implus-implus ini merangsang pelepasan hormone gastrin dan secara langsung juga merangsang gelenjar-gelenjar lambung. Pelepasan gastrin dirangsang oleh pH alkasi, garam empedu di antrum dan terutama oleh protein makanan dan alkohol. Gastrin adalah stimulus utama sekresi. Fase gastrik dapat terpengaruhi oleh reseksi bedah antrum pilorus, sebab ditempat ini gastrin diproduksi.

Fase intesial dimulai oleh gerakan kimus dari lambung ke duodenum, fase sekresi lambung ini diduga sebagai besar bersifat hormonal. Adanya protein yang telah dicerna sebagian dalam duodenum tampaknya merangsang pelepasan gastrin usus, suatu hormon yang menyebabkan lambung terus menerus menyekresikan sejumlah kecil cairan lambung. (Price & Wilson., 2012)

#### **4. Manifestasi Klinis**

Adapun tanda gejala dispepsia yaitu rasa penuh, cepat kenyang, kembung setelah makan, mual muntah, sering bersendawa, tidak adanya nafsu makan, nyeri ulu hati dan dada serta regurgitas asam lambung kemulut. Gejala dispepsia akut dan kronis yang dapat muncul berdasarkan jangka waktu tiga bulan meliputi: rasa sakit di ulu hati, perih, mual, berlangsung lama dan sering kambuh dan disertai dengan ansietas dan depresi (Aghadiati, 2017)

Manifestasi klinis dispepsia berdasarkan gejala yang paling dominan adalah:

- a) Manifestasi klinis mirip ulkus yaitu gejala yang muncul dominan adalah nyeri ulu hati.
- b) Manifestasi klinis mirip refluks yaitu gejala yang dominan adalah rasa panas di dada seperti terbakar.
- c) Manifestasi klinis dismotilitas yaitu gejala yang muncul dominan



kembung, mual dan cepat kenyang. (Rahim, 2013)

## 5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang dapat mengetahui struktur dari lambung dan duodenum adalah endoskopi. Endoskopi dapat digunakan untuk melihat kelainan dari struktur gaster sehingga diagnosis dan klasifikasi dispepsia dapat ditentukan (Wibawa, 2020)

Beberapa pemeriksaan untuk dispepsia terbagi menjadi beberapa bagian yaitu:

- a) Pemeriksaan laboratorium, yang meliputi hitung jenis sel darah yang lengkap dan pemeriksaan darah dalam tinja, dan urin. Jika ditemukan leukosit dosis berarti ada tanda-tanda infeksi. Jika tampak cair berlendir atau mengandung banyak lemak pada pemeriksaan tinja kemungkinan menderita malabsorpsi. Seseorang diduga menderita dispepsia ulkus sebaiknya diperiksa derajat keasaman lambung. Jika diduga suatu keganasan, dapat diperiksa tumormarker (dugaan karsinoma kolon), dan (dugaan karsinoma pankreas).
- b) Barium enema untuk memeriksa saluran cerna pada orang yang mengalami kesulitan menelan atau muntah, mengalami penurunan berat badan atau mengalami nyeri yang membaik atau memburuk apabila penderita makan.
- c) Endoskopi bias digunakan untuk mendapatkan contoh jaringan dari lapisan lambung melalui tindakan biopsi. Pemeriksaan nantinya di bawah mikroskop untuk mengetahui apakah lambung terinfeksi *Helicobacter pylori*. Endoskopi merupakan pemeriksaan baku emas, selain sebagai diagnostic sekaligus terapeutik.
- d) Pemeriksaan penunjang lainnya yaitu seperti foto polos abdomen, serologi *H. pylori*, urea breath test dan dilakukan atas dasar indikasi. (Yıldırım, 2018)

## 6. Komplikasi

Penderita dispepsia yang selama bertahun-tahun dapat memicu adanya komplikasi yang tidak ringan. komplikasi yang dapat terjadi antara lain, pendarahan, kanker lambung, muntah darah dan terjadinya ulkus peptikus (Yıldırım, 2018) Dispepsia jika tidak terawat dapat memicu komplikasi berupa peptic ulcer dan pendarahan pada lambung (Kuniyo & Abidin, 2022) Dispepsia yang tidak ditangani secara dini akan memicu komplikasi yang tidak ringan, salah satunya adalah luka di dinding lambung yang dalam atau melebar tergantung berapa lama lambung terpapar oleh asam lambung. Bila keadaan dispepsia ini terus terjadi luka akan semakin dalam dan dapat menimbulkan komplikasi pendarahan saluran cerna yang ditandai dengan terjadinya muntah darah, dimana merupakan pertanda yang timbul belakangan. Awalnya penderita pasti akan mengalami buang air besar berwarna hitam terlebih dulu yang artinya sudah ada perdarahan awal (Hasanuddin, 2020)

## 7. Penatalaksanaan Medis

Adapun pengobatan dispepsia mengenal beberapa golongan obat, yaitu:

a. Antasid 20-150 ml/ hari

Antasid akan menertalisir sekresi asam lambung. Antasid mengandung Na bikarbonat, Al (OH)<sub>3</sub>, Mg(OH)<sub>2</sub>, dan MG trisiklat. Pemberian antasid tidak boleh terus-menerus, sifatnya hanya simptomatis, untuk mengurangi rasa nyeri. Mg trisiklat dapat dipakai dalam waktu lebih lama, juga berkhasiat sebagaia dsorben sehingga bersifat non toksik, namun dalam dosis besar akan menyebabkan diare karena terbentuk senyawa Mgcl<sub>2</sub>.

b. Antikolenergik

Antikolenergik adalah Obat yang lumayan selektif yaitu pirenzepin bekerja sebagai anti reseptor muskarinik yang dapat

menseskresi asam lambung sekitar 28- 43%. Pirenzepin juga memiliki efek sitoprotektif.

c. Antagonis reseptor H<sub>2</sub>

Golongan obat ini banyak digunakan untuk mengobati dispepsia organik atau esensial seperti tukak peptik. Obat yang termasuk golongan antagonis reseptor H<sub>2</sub> antara lain simetidin, roksatidin, ranitidin, dan famotidin. Penghambat pompa asam (proton pump inhibitor= PPI) Golongan obat ini mengatur sekresi asam lambung pada stadium akhir dari proses sekresi asam lambung. Obat-obat yang termasuk golongan PPI adalah omeperazol, lansoprazol, dan pantoprazol (Apriani, 2016)

## B. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah pengumpulan dan analisa informasi yang dilakukan secara sistematis dan dilakukan berkelanjutan dengan klien. Pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data-data dan menempatkan data-data ke dalam format yang ditentukan atau terorganisir. Selama fase pengkajian mengumpulkan data perawat mulai menerima dan mengidentifikasi masalah atau kebutuhan yang ada (Rosdahl&Kowalski.,2014)

Pengkajian merupakan salah satu upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap di klien untuk menentukan masalah apa yang terjadi pada tubuhnya (Doenges et al., 2019)

a. Aktivitas/ Istirahat

Gejala : klien merasakan kelemahan dan kelelahan.

Tanda : klien mengalami takikardi, takipnea/ hiperventilasi atau respon terhadap aktivitas.

b. Sirkulasi

Gejala : klien mengalami hipotensi yang termasuk postural, takikardia, distremia atau hipovolemia atau hipoksemia, serta adanya kelemahan dan nadi perifer lemah. Adanya pengisian

kapiler lambat, perlahan atau vasokonstriksi. Warna kulit pucat, sianosis atau tergantung pada jumlah kehilangan darah.

c. Integritas Ego

Gejala : adanya faktor stress akut atau kronis atau keuangan, hubungan kerja, adanya perasaan tidak berdaya.

Tanda : adanya tanda ansietas misalnya gelisah, pucat, berkeringat, perhatian menyempit, gemetar serta suara gemetar.

d. Eliminasi

Gejala : adanya riwayat perawatan dirumah sakit sebelumnya karena adanya perdarahan di *GI (GI adalah Gastrointestinal)* atau masalah yang berhubungan dengan GI misalnya luka peptic atau gaster, gastritis, bedah gaster, iradiasi area gaster. Adanya perubahan pola defekasi/karakteristik feses.

Tanda : adanya nyeri tekan abdomen dan distensi. Bunyi usus : sering hiperaktif selama perdarahan, hipoaktif setelah perdarahan. Karakter feses diare. Darah berwarna gelap, kecoklatan, atau kadang-kadang merah cerah, berbusa, bau busuk (steatorea). Konstipasi dapat terjadi atau perubahan diet serta penggunaan antasida) Haluaran urine : menurun, pekat.

e. Makanan/ Cairan

Gejala : terjadinya anoreksia, mual, muntah (muntah yang memanjang diduga obstruksi pilorik bagian luar sehubungan dengan luka duodenal), adanya masalah menelan seperti cegukan, nyeri ulu hati, sendawa bau asam, mual atau muntah, tidak toleran terhadap makanan, contoh makanan pedas, coklat, diet khusus untuk penyakit ulkus sebelumnya. Penurunan berat badan.

Tanda : Muntah seperti warna kopi gelap atau merah cerah, dengan atau tanpa bekuan darah. Membran mukosa kering, penurunan produksi mukosa, turgor kulit buruk (perdarahan kronis). Berat jenis urine meningkat.

f. Neurosensori

Gejala : rasa berdenyut, pusing/ sakit kepala karena sinar, kelemahan. Status mental: tingkat kesadaran dapat terganggu, rentang dari agak cenderung tidur, disorientasi/ bingung, sampai pingsan dan koma (tergantung pada volume sirkulasi/ oksigenasi).

g. Nyeri/ Kenyamanan

Gejala : nyeri, digambarkan sebagai tajam, dangkal, rasa terbakar, perih; nyeri hebat tiba-tiba dapat disertai perforasi, rasa ketidaknyamanan/ distress samar-samar setelah makan banyak dan hilang dengan makan (gastritis akut), nyeri epigastrium kiri sampai tengah/ atau menyebar ke punggung terjadi 1-2 jam setelah makan dan hilang dengan antasida (ulkus gaster), nyeri epigastrium terlokalisir di kanan terjadi kurang lebih 4 jam setelah makan bila lambung kosong dan hilang dengan makanan atau antasida (ulkus duodenal), tak ada nyeri (varies esofegeal atau gastritis), faktor pencetus: makanan, rokok, alkohol, penggunaan obat-obat tertentu (salisilat, reserpin, antibiotik, ibuprofen), stresor psikologis.

Tanda : wajah berkerut, berhati-hati pada area yang sakit, pucat, berkeringat, perhatian menyempit.

h. Keamanan

Gejala : alergi terhadap obat/ sensitif, misalnya ASA.

Tanda : peningkatan suhu, spider angioma, eritema palmar (menunjukkan sirosis/ hipertensi portal).

i. Penyuluhan/ pembelajaran

Gejala : adanya penggunaan obat resep/ dijual bebas yang mengandung ASA, alkohol, steroid yang menyebabkan perdarahan GI.

j. Pemeriksaan Fisik

Perawat menggunakan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk memeriksa klien secara menyeluruh. Setiap teknik



membutuhkan prinsip tertentu yang harus diikuti untuk memastikan pengumpulan data yang akurat.(Samosir, 2020)

Pemeriksaan fisik meliputi kesadaran klien , Vital sign (tekanan darah, suhu, RR, nadi), kepala, mata, hidung, telinga, mulut dan tenggorokan, dada (jantung dan paru-paru), abdomen, ekstremitas atas dan bawah, dan kulit. Data Diagnostik dan Laboratorium Sumber data pengkajian yang terakhir adalah hasil dari pemeriksaan diagnostik dan laboratorium. Pemeriksaan ini sangat penting, artinya bagi perawat untuk menelaah hasil pemeriksaan ini untuk memastikan perubahan yang teridentifikasi dalam riwayat kesehatan keperawatan dan pemeriksaan fisik. Data laboratorium dapat membantu mengidentifikasi masalah keperawatan kesehatan aktual atau potensial yang sebelumnya tidak diketahui oleh klien atau pemeriksa. Pemeriksaan laboratorium dipilih berdasarkan gejala atau penyakit, pemeriksaan yang umum mungkin digunakan untuk sebagian besar klien. Pemeriksaan laboratorium yang spesifik dan tanggung jawab keperawatan dengan intervensi.(Samosir, 2020)

pemeriksaan diagnostik diantaranya :

- a) Pemeriksaan darah lengkap
- b) Pemeriksaan *X-thorax*

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI PPNI (2018) diagnosa keperawatan merupakan hasil akhir dari pengkajian, pernyataan atau penilaian perawat terhadap masalah yang muncul akibat dari respon klien. Dari studi kasus di atas maka diagnosa keperawatan yang mungkin muncul yaitu:

### 1. Nyeri akut (D.0077)

Definisi dari nyeri akut sendiri merupakan 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 3

bulan.

Penyebab dari nyeri akut sendiri yaitu agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma) kemudian agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia iritan) dan agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih)

Tanda dan gejala mayor yang muncul pada nyeri akut yaitu data subjektifnya klien mengeluh nyeri untuk data objektifnya klien tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)

Tanda gejala minor yang muncul pada nyeri akut yaitu data objektifnya tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi klinis terkait dengan nyeri akut yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, glaukoma.

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan nyeri akut yaitu tingkat nyeri (L.08066) definisi yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan koristan. Dengan ekspektasi menurun serta kriteria hasil kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, pola tidur membaik.

Intervensi manajemen nyeri

Definisi manajemen nyeri yaitu mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

a) Observasi :

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 terhadap kualitas hidup, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, Monitor efek samping penggunaan analgetik

b) Terapeutik :

Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain), Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur, Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

c) Edukasi :

Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

d) Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

2. Pola napas tidak efektif (D.0005)

Definisi dari pola napas tidak efektif merupakan inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Penyebab dari pola napas tidak efektif itu sendiri yaitu depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas (misalnya nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan), deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuskular, gangguan neurologis (misalhnya elektroesefalogram EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang), imaturitas neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas), cedera pada medula spinalis, efek agen farmakologis, kecemasan.

Tanda gejala mayor yang muncul yaitu data subjektif klien dispnea dan data objektif penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (misalnya takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes)

Tanda gejala minor yang muncul yaitu data subjektif klien ortopnea dan data objektif pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, ekskursi dada menurun.

Kondisi klinis terkait pola napas tidak efektif yaitu depresi sistem saraf pusat, cedera kepala, trauma thoraks, gullian barre syndrome, multiple sclerosis, myasthenia gravis, stroke, kuadriplegia, intoksikasi alkohol.

Standar Luaran Kepereawatan Indonesia (2018) menyatakan pola napas tidak efektif yaitu pola napas (L.01004) definisi yaitu inspirasi atau ekspirasi yang memberikan ventilasi adekuat dengan ekspetasi membaik dan kriteria hasil ventilasi semenit meningkat, kapasitas vital meningkat, dispnea menurun penggunaan otot bantu napas menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik.

### Intervensi manajemen jalan napas

Definisi manajemen jalan napas yaitu mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas

a) Observasi :

Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Monitor bunyi napas tambahan (misalnya gungling, mengi, wheezing, ronkhi kering), Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

b) Terapeutik :

Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal), Posisikan semi fowler atau fowler, Berikan minum hangat, Lakukan fisioterapi dada, jika perlu, Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal, Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill, Berikan oksigen, jika perlu.

c) Edukasi :

Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi, Ajarkan tehnik batuk efektif

d) Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik jika perlu

### 3. Intoleransi aktivitas (D. 0056)

Definis intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab intoleransi aktivitas sendiri yaitu ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton.

Tanda dan gejala mayor yang muncul yaitu klien mengeluh sulit tidur untuk data subjektifnya, dan data objektifnya frekuensi jantung meningkat >20 % dari kondisi istirahat.

Tanda dan gejala minor yang muncul yaitu data subjektifnya dispnea saat atau setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, data objektifnya tekanan darah berubah  $>20\%$  dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat atau setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

Kondisi klinis terkait intoleransi aktivitas yaitu anemia, gagal jantung kongestif, penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, aritmia, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), gangguan metabolik, gangguan musculoskeletal.

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan intoleransi aktivitas yaitu toleransi aktivitas (L.05047) definisi yaitu respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga dengan ekspektasi meningkat dan kriteria hasil frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik.

#### Intervensi manajemen energi

Definisi manajemen energi yaitu mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energy untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan.

##### a) Observasi:

Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor kelelahan fisik, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

##### b) Terapeutik:

Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulasi (misalnya cahaya, suara, kunjungan), Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak



dapat berpindah atau berjalan

c) Edukasi:

Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

d) Kolaborasi :

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4. Ansietas (D.0080)

Definisi ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab dari ansietas itu sendiri yaitu krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua dan anak tidak memuaskan, faktor keturunan, penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan, kurang terpapat informasi. Tanda dan gejala mayor yang muncul yaitu data subyektif klien merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, data objektinya tampak gelisah, tampak tegang, dan sulit tidur.

Tanda dan gejala minor yang muncul yaitu data subyektif klien mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, data objektifnya frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

Kondisi klinis terkait ansietas yaitu penyakit kronis progresif, penyakit akut, hospitalisasi, rencana operasi, kondisi diagnosa penyakit belum jelas, penyakit neurologis, tahap tumbuh kembang.

Standar Luaran Kepereawatan Indonesia (2018) menyatakan ansietas yaitu tingkat ansietas (L.09093) definisi yaitu kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman dengan ekspektasi menurun dan kriteria hasil perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, frekuensi pernapasan menurun, pola tidur membaik, perasaan keberdayaan membaik.

Intervensi Reduksi ansietas

Definisi reduksi ansietas yaitu meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat atisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

a) Observasi:

Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misalnya kondisi,waktu, stresor), Identifikasi kemampuan mengambil keputusan, Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

b) Terapeutik :

Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, Temani klien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, Pahami situasi yang membuat ansietas , Dengarkan dengan penuh perhatian, Gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan, Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

## c) Edukasi :

Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, Anjurkan keluarga agar tetap bersama klien, jika perlu, Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan, Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat, Latih tehnik relaksasi

## d) Kolaborasi :

Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

## 5. Defisit Pengetahuan (D.0111)

Definisi defisit pengetahuan merupakan ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

Penyebab dari defisit pengetahuan itu sendiri yaitu keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi.

Tanda dan gejala mayor yang muncul yaitu data subjektif menanyakan masalah yang dihadapi, data objektifnya menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

Tanda dan gejala minor yang muncul yaitu data objektifnya menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebih (misalnya apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

Kondisi klinis terkait defisit pengetahuan yaitu kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien, penyakit akut, penyakit kronis.

Standar Luaran Kepereawatan Indonesia (2018) menyatakan defisit pengetahuan yaitu tingkat pengetahuan (L.12111) definisi yaitu kecukupan informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu dengan ekspektasi meningkat dan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun, perilaku membaik.

Intervensi edukasi kesehatan

Definisi edukasi kesehatan yaitu mengajarkan pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih serta sehat.

a) Observasi :

Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

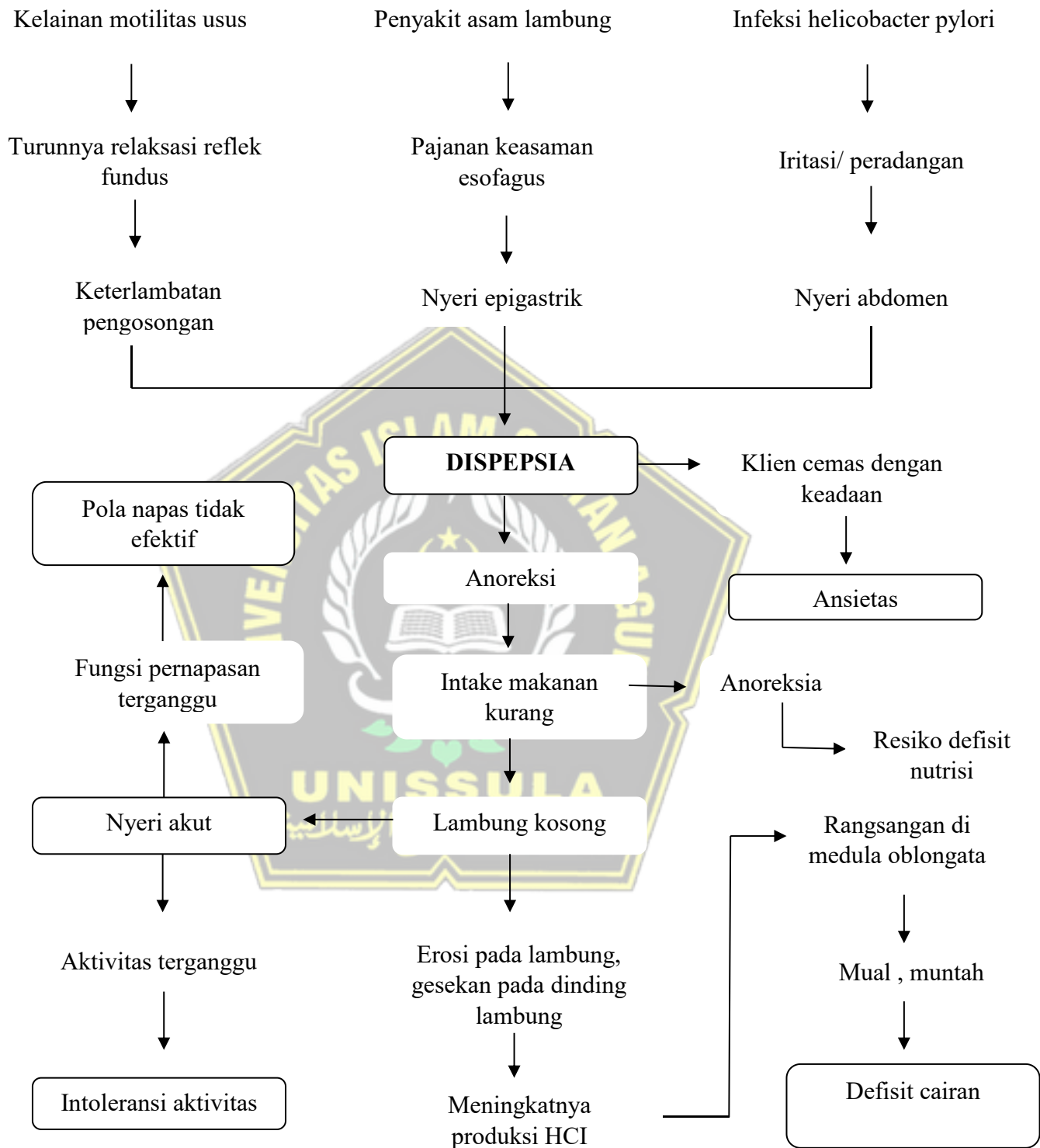
b) Terapeutik :

Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan untuk bertanya

c) Edukasi :

Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

### C. Pathways



Sumber : Apriani,( 2016) , (Yıldırım, 2018) ,TIM POKJA SDKI DPP PPNI (2016)

## BAB III

### LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian Keperawatan

##### 1. Data Umum

Klien atas nama Ny. Z, perempuan berusia 55 tahun beragama islam dengan pendidikan terakhir SD bekerja sebagai ibu rumah tangga, bersuku Jawa dan berbangsa Indonesia bertempat tinggal di Sidogemah Demak, dengan diagnosa medis dispepsia, klien dirawat diruang Hasyim Ashari RSI Nahdlatul Ulama Demak, klien masuk pada tanggal 5 Maret 2023 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 5 Maret 2023.

Penanggung jawab atas nama Tn. M, laki – laki berusia 39 Tahun beragama islam yang bersuku Jawa dan berbangsa Indonesia dengan pendidikan terakhir SMP, bekerja sebagai pekerja swasta bertempat tinggal di Sidogemah Demak, hubungan dengan klien yaitu adik.

##### 2. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri ulu hati hingga sesak nafas, klien mengeluh sesak, sulit tidur, serta tidak nafsu makan.

##### 3. Status Kesehatan Saat Ini

Klien mengatakan nyeri ulu hati. Alasan klien masuk rumah sakit adalah klien mengatakan nyeri ulu hati dari malam hari kemudian pagi hari dibawa ke IGD RSI Nahdlatul Ulama Demak pada tgl 5 Maret 2023.

##### 4. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan tidak pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya, klien tidak pernah mengalami kecelakaan, klien juga tidak memiliki riwayat jantung, hipertensi serta diabetes. Klien tidak memiliki riwayat alergi serta tidak mengkonsumsi obat-obatan sebelumnya.



#### 5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien adalah anak perempuan dari pasangan Tn. X dengan Ny. X yang menikah dengan Tn. X dikaruniai 2 anak, anaknya sudah menikah semua dan tinggal terpisah. Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang pernah mengalami penyakit dispepsia yang sama seperti klien, tidak memiliki keturunan penyakit yang menular.

#### 6. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih dan rapi. Klien mengatakan minim kemungkinan terjadi bahaya pada lingkungan rumahnya.

### **B. Pola Kesehatan Fungsional**

#### 1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Sebelum sakit klien mengatakan kurang menjaga kesehatan diri, tidak menjaga pola makan, pengetahuan tentang kesehatan cukup, bila klien sakit hanya periksa ke klinik terdekat. Dan selama sakit, klien menjaga kesehatan dengan cara meminum obat secara teratur yang diberikan oleh perawat. Klien mengatakan menerima penyakit yang dideritanya. Klien mengatakan memiliki harapan untuk cepat sembuh.

#### 2. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pola makan klien mengatakan sebelum sakit makan 2x sehari dengan makanan yang jarang berkuah dan jarang makan sayur-sayuran, untuk makanan kesukaan yaitu ayam goreng tidak ada pantangan makan, klien mengatakan tidak pernah diet dan mengkonsumsi obat-obatan penambah nafsu makan. Klien mengatakan tidak ada keluhan anoreksia, tidak mengalami penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir BB : 50 kg. Klien mengatakan saat sakit nafsu makannya menurun karena nyeri ulu hatinya, klien juga mengalami mual muntah, serta adanya kesulitan menelan, tidak ada keluhan anoreksia .

Pola minum klien mengatakan sebelum sakit kurang lebih 2 liter air putih dan jarang minum kopi, teh ataupun lainnya. Klien tidak pernah minum alkohol. Klien mengatakan saat dirawat minum kurang lebih 60 cc atau sekitar 3 gelas air mineral cup.

### 3. Pola Eliminasi

Eliminasi feses klien mengatakan sebelum sakit BAB 1x sehari pada saat pagi hari dengan frekuensi lunak, coklat dan berbau khas. Klien mengatakan setelah sakit 3 hari klien belum bisa BAB.

Pola BAK klien mengatakan sebelum sakit BAK nya normal 4-6 kali sehari lancar tidak ada keluhan, tidak ada nyeri. Saat klien sakit terpasang diapers.

### 4. Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan sebelum sakit aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga kegiatannya setiap pagi biasanya belanja ke pasar untuk membeli sayuran. Dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari tidak ada keluhan dalam pergerakan tubuh dalam perawatan dirinya yang dilakukannya secara mandiri. Klien mengatakan saat sakit semua aktivitasnya dibantu karena nyeri ulu hati yang klien rasakan menyebabkan sesak nafas sehingga klien kesulitan bergerak bila banyak melakukan aktivitas dapat menyebabkan tambah sesak nafasnya.

### 5. Pola Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan sebelum sakit tidurnya kurang dari 8 jam dan sering terbangun saat sudah tidur, kemudian bangun sebelum subuh untuk melakanakan ibadah salat. Klien mengatakan saat sakit pola tidurnya berubah saat malam hari klien sulit untuk tidur dan ketika siang hari tidur dan sering terbangun, tidurnya tidak nyenyak, jam tidur kurang dari 8 jam.

### 6. Pola Kognitif – Perseptual Sensori

Klien mengatakan sebelum sakit mampu melihat dan mendengar, merasa mampu mengingat dengan baik, dapat berbicara dan

memahami pembicaraan dengan baik dan juga mampu mengambil keputusan. Klien mengatakan saat sakit mampu mendengar, melihat, serta mengingat dengan baik, berbicara dan memahami pembicaraan dengan baik, merasa nyeri dibagian ulu hati

P : nyeri ulu hati Q : tertusuk R : epigastrium S : skala nyeri 5 T : hilang timbul

#### 7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien mengatakan tugasnya sebagai ibu rumah tangga serta istri,ibu,dan nenek. Klien bersyukur tubuhnya walaupun dikasih sakit tetapi masih ada keluarga yang tetap memberikan support agar cepat sembuh serta tidak malu dalam kondisi sakit yang klien rasakan. Klien mengatakan harapannya ingin cepat sembuh agar cepat berkumpul dengan keluarga dirumah.

#### 8. Pola Mekanisme Koping

Klien mengatakan dalam mngambil keputusan saat sebelum sakit klien bisa memutuskannya sendiri dan bila ada masalah klien meminta pendapat dan bermusyawarah bersama keluarganya. Klien mengatakan selama sakit menghadapi masalah sekarang membutuhkan dukungan dari keluarganya. Klien berharap tenaga kesehatan dapat membantu sebaik-baiknya, menurut klien pelayanan di RSI Nahdlatul Ulama Demak nyaman dan maksimal.

#### 9. Pola Reproduksi – Seksual

Klien mengatakan sebelum sakit memahami pola seksual dan reproduksi , klien memiliki 2 anak. Selama sakit klien mengatakan tidak terdapat keluhan dalam seksual maupun reproduksi.

#### 10. Pola Peran – Berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan sebelum sakit berperan sebagai istri,ibu,nenek yang baik, serta dapat berhubungan baik dengan orang lain, kemampuan komunikasi dengan orang lain baik, klien mengatakan oang terdekanya adalah suami dan anaknya, hubungan klien dengan keluarga baik. Klien mengatakan selama sakit keadaanya selama sakit

tidak mempengaruhi hubungan klien dengan keluarganya maupun orang lain.

#### 11. Pola Nilai – Kepercayaan

Klien mengatakan sebelum sakit melaksanakan ibadah dengan melaksanakan sholat 5 waktu dan berzikir. Klien mengatakan selama sakit sedikit kesulitan untuk melakukan ibadah, saat dirawat di RS klien melaksanakan ibadah sholat dibantu keluarga, selama sakit klien memperbanyak berdzikir.

### C. Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe*)

Kesadaran diri compos mentis, lemah, sedikit pucat, meringis. Tanda – tanda vital suhu tubuh 37,5 ° C, tekanan darah 111/ 81 mmHg, respirasi 25x/menit, nadi 95 x/menit, skala nyeri 5, SpO2 : 93 %.

Kepala mesocephal, rambut panjang berwarna hitam, bersih, tidak ada lesi. Mata simetris, bisa melihat dengan normal, pupil isokor, tidak ada anemis konjungtiva. Hidung simetris, tidak ada polip, bersih. Mulut dan tenggorokan bersih, bibir tampak pucat, gigi lengkap, dan tidak ada benjolan dileher.

Jantung inspeksi: simetris , ictus cordis tidak terlihat, palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, perkusi : suara pekak, auskultasi : terdapat bunyi lup paru-paru inspeksi : bentuk dada simetris, pengembangan dada simetris, tidak ada luka palpasi : tidak ada pembengkakan, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, perkusi : terdapat bunyi sonor, auskultasi : bunyi nafas normal tidak terdapat bunyi whezing dan tidak ada ronkhi. Abdomen inspeksi : simetris, tidak terdapat luka, palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat krepitasi, perkusi : terdengar suara timpani, auskultasi : terdengar bunyi peristaltic, bising usus 12x/ menit. Genetalia bersih memakai diapers. Ekstremitas atas : bersih, simetris, tidak ada lesi, terdapat kelemahan otot, kuku pendek dan bersih, warna kulit sawo matang. Ekstremitas bawah : bersih , simetris kanan kiri, tidak ada lesi, terdapat kelemahan otot, aktivitas dibantu, kuku pendek dan

bersih, warna kulit sawo matang, capillary refill baik, kurang dari 2 detik, kemampuan fungsi ekstremitas : kurang mampu menggerakkan tangan dan kaki , otot lemah, aktivitas dibantu, terpasang infuse ditangan kiri, tidak terdapat pembengkakan

#### **D. Data Penunjang**

##### 1. Pemeriksaan penunjang

Pada tanggal 5 Maret 2023 dilakukan pemeriksaan radiologi dengan hasil Foto thorax : cor tak membesar , pulmo tak tampak kelainan.

Pada tanggal 5 Maret 2023 dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil Hemoglobin 10.7 g/dL dengan nilai normal 11.7-15.5 g/dL, Hematokrit 32.6 % dengan nilai normal 35 - 47 %, Lekosit 13,000 mm<sup>3</sup> dengan nilai normal 3,600 – 11,000 mm<sup>3</sup>, Trombosit 367,000 mm<sup>3</sup> dengan nilai normal 150,000 – 440,000 mm<sup>3</sup>, Glukosa sewaktu (GDS) 137 mg/dl dengan nilai normal 70 – 115 mg/dl dan hasil Rapid Antigen SARS-CoV-2 (negatif)

##### 2. Diit

Klien mendapatkan diit bubur

##### 3. Terapi

- a) Klien mendapatkan terapi obat infus ringer laktat 20 tpm (iv)
- b) injeksi Neurosanbe 1x1 (drip) yang termasuk golongan obat keras dengan indikasi sebagai pengobatan defisiensi vitamin B1,B6,dan B12, untuk kontra indikasi tidak boleh digunakan pada klien yang hipersensitif terhadap salah satu bahan aktif atau ekspisien produk, untuk efek samping dari neurosanbe sendiri yaitu mati rasa,kesemutan, serta masalah pada indera peraba.
- c) Omeprazole 1x40 mg (iv), yang termasuk golongan obat keras dengan indikasi sebagai pengobatan jangka pendek untuk tungkai lambung dan tukak duodenum yang terkait dengan AINS, lesi lambung dan duodenum, regimen eradikasi H, untuk kontra indikasi tidak boleh digunakan pada klien yang diketahui



hipersensitivitas terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi serta penggunaan dengan nelfinavir, untuk efek samping dari omeprazole yaitu mual, muntah, diare, perut kembung.

- d) ceftriaxone 2x1 g (iv), yang termasuk obat golongan antibiotik (sefalosporin) dengan indikasi sebagai pengobatan infeksi saluran pernapasan, infeksi intraabdominal, infeksi tulang, sendi serta jaringan ikat dengan kontra indikasi tidak boleh digunakan pada klien yang memiliki hipersensitivitas terhadap obat golongan ini, untuk efek samping dari ceftriaxone yaitu pembengkakan, kemerahan, atau rasa nyeri pada bagian yang disuntikan.
- e) metoclopramide 3x1 K/P (kalo perlu), yang termasuk obat golongan keras dengan indikasi sebagai pengobatan pada gejala mual, muntah pada gangguan saluran cerna, dengan kontra indikasi pada klien dengan riwayat kondisi diskinesia tardive, pendarahan, serta gangguan kejang misalnya epilepsy, untuk efek samping dari obat ini yaitu diare, kelelahan, gelisah, sakit kepala, pusing, insomnia, kecemasan.
- f) paracetamol 3x1 K/P, yang termasuk obat golongan bebas dengan indikasi nyeri ringan sampai sedang, sakit kepala, serta demam, dengan kontra indikasi pada klien hipersensitif alergi terhadap paracetamol, untuk efek samping dari paracetamol yaitu jika dikonsumsi jangka panjang dapat menyebabkan reaksi alergi dan hipersensitivitas.

#### **E. Analisa Data**

Pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 09.00 WIB dilakukan pengkajian pada klien dan didapatkan data subjektif, klien mengatakan nyeri pada ulu hati P : nyeri ulu hati, Q : tertusuk, R : epigastrium, S : skala nyeri 5, T : hilang timbul dan didapatkan data objektif klien tampak meringis



kesakitan. Dari pengkajian tersebut penulis mendapatkan data fokus dan mengangkat diagnosa nyeri akut dengan etiologi agen pencedera fisiologis.

Pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 09.05 WIB dilakukan pengkajian pada klien dan didapatkan data subjektif, klien mengatakan nafasnya sesak kemudian didapatkan data objektif klien tampak pernapasan cuping hidung, RR: 25 x/menit, SpO<sub>2</sub> : 93 %. Dari pengkajian tersebut penulis mendapatkan data fokus dan mengangkat diagnosa pola napas tidak efektif dengan etiologi hambatan upaya napas.

Pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 09.10 WIB dilakukan pengkajian pada klien dan didapatkan data subjektif, klien mengatakan sulit bergerak karena lemah tidak kuat bila melakukan pergerakan, serta sesak bila banyak melakukan pergerakan, dan didapatkan data objektif klien tampak lemas. Dari pengkajian tersebut penulis mendapatkan data fokus dan mengangkat diagnosa intoleransi aktivitas dengan etiologi kelemahan.

#### **F. Intervensi Keperawatan**

Pada tanggal 5 Maret 2023 muncul masalah keperawatan selanjutnya disusun intervensi keperawatan sebagai tindak lanjut pada Ny. Z dengan diagnosa pertama : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis setelah dilakukan intervensi selama 3 x 8 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri berkurang, skala nyeri 2, klien dapat melakukan tehnik non farmakologis untuk mengontrol nyeri, serta tidak tampak meringis kesakitan.

Intervensi keperawatan : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri ( tarik nafas dalam ) mengkolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi rasa nyeri.

Diagnosa kedua : pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas setelah dilakukan intervensi selama 3 x 8 jam diharapkan frekuensi napas membaik, penggunaan otot bantu napas menurun, pernapasan cuping hidung menurun.

Intervensi keperawatan : monitor pola napas, posisikan semi fowler atau fowler, pemberian oksigen.

Diagnosa ketiga : intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan setelah dilakukan intervensi selama 3 x 8 jam diharapkan frekuensi napas membaik, saturasi oksigen meningkat, perasaan lemah menurun.

Intervensi keperawatan : Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.

#### **G. Implementasi Keperawatan**

Intervensi yang telah disusun kemudian dilakukan implementasi sebagai tindak lanjut asuhan keperawatan pada Ny. Z. Implementasi yang diberikan pada Ny. Z untuk mengatasi masalah keperawatan yaitu :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi keperawatan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Dengan respon data subjektif klien mengatakan nyeri ulu hati, hilang timbul sekitar kurang lebih 25 detik, seperti tertusuk tusuk dibagian ulu hati dan data objektif klien tampak meringis kesakitan dan menahan nyerinya. Pukul 10.05 WIB mengidentifikasi skala nyeri data subjektif klien mengatakan bila digambarkan dari angka 1-10 skala nyerinya 5, data objektif klien tampak meringis menahan sakit. P : nyeri ulu hati, Q : tertusuk, R : epigastrium, S : skala nyeri 5, T : hilang timbul. Pukul 10.10 WIB berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri ( mengajarkan tehnik tarik napas dalam ) , data subjektif klien mengatakan belum pernah melakukan tehnik tarik napas dalam dan bersedia untuk diajarkan, data objektif klien tampak kooperatif dan memahami.

pada tanggal 6 Maret 2023 pukul 09.00 WIB dilakukan implementasi keperawatan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri data subjektif klien mengatakan nyeri ulu hati seperti tertusuk pada bagian perut atas atau ulu hati data objektif klien tampak meringis kesakitan P : nyeri ulu hati, Q : tertusuk, R : epigastrium, T : hilang timbul kurang lebih 10 detik. Pukul 09.05 WIB mengidentifikasi skala nyeri data subjektif klien mengatakan skala nyerinya bila digambarkan angka dari 1- 10 nilainya 5, data objektifnya klien tampak kesakitan. Pukul 09.15 WIB berikan tehnik non farmakologis untuk mengontrol nyeri data subjektif klien mengatakan sudah mencoba tehnik tarik napas dalam ketika nyeri datang, data objektif klien tampak meringis kesakitan. Pukul 09.20 WIB pemberian analgetik data subjektif klien mengatakan bersedia disuntikan obat melalui selang infus data objektif klien diberikan obat ceftriaxone 1 g (iv), metoclopramide 1 K/P.

pada tanggal 7 Maret 2023 pukul 09.30 WIB dilakukan implementasi keperawatan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri data subjektif klien mengatakan nyeri berkurang, hilang timbul di bagian ulu hati seperti tertusuk, data objektif klien tampak gelisah P : nyeri ulu hati, Q : tertusuk, R : epigastrium, T : hilang timbul kurang lebih 10 detik. Pada pukul 09.35 WIB mengidentifikasi skala nyeri data subjektif klien mengatakan skala nyerinya 4 data objektif klien tampak meringis menahan nyeri. Pukul 09.40 WIB mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, data subjektif klien mengatakan dengan melakukan tarik napas dalam dapat mengurangi nyeri sesaat data objektif klien tampak mengulangi tarik napas dalam bila nyeri datang. Pukul 09.50 WIB pemberian analgetik data subjektif klien mengatakan bersedia disuntikan obat melalui selang infus data objektif klien diberikan obat ceftriaxone 1 g (iv), metoclopramide 1 K/P, omeprazole 40 mg (iv).

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 11.30 WIB dilakukan implementasi memonitor pola napas data subjektif klien mengatakan nafasnya sesak data objektif klien tampak napas cuping hidung, RR : 25x/menit. Pukul 11.32 WIB posisikan semi fowler data subjektif klien mengatakan bersedia diposisikan semi fowler data objektif klien tampak nyaman diposisikan semi fowler. Pukul 11.35 WIB pemberian oksigen, jika perlu data subjektif klien mengatakan masih sesak dan bersedia diberikan oksigen data objektif klien menggunakan NRM 15 liter, SpO<sub>2</sub> : 93%.

Pada tanggal 6 Maret 2023 pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi memonitor napas data subjektif klien mengatakan nafasnya masih sesak data objektif klien tampak napas cuping hidung, RR : 26 x/menit . Pukul 10.05 WIB posisikan semi fowler data subjektif klien mengatakan posisinya sudah nyaman data objektif klien tampak nyaman dengan posisinya. Pukul 10.10 WIB pemberian oksigen, jika perlu data subjektif klien mengatakan masih sesak data objektif klien tampak terpasang NRM, SpO<sub>2</sub> : 92%.

Pada tanggal 7 Maret 2023 pukul 11.00 WIB dilakukan implementasi memonitor napas data subjektif klien mengatakan sesak nafasnya berkurang data objektif klien masih tampak sesak, RR : 24 x/menit. Pukul 11.05 WIB posisikan semi fowler data subjektif klien mengatakan posisi semi fowler dapat membuat sesak nafasnya berkurang data objektif klien tampak nyaman dengan posisinya. Pukul 11.10 WIB pemberian oksigen, jika perlu data subjektif klien mengatakan sesaknya berkurang data objektif klien tampak terpasang NRM, SpO<sub>2</sub> : 95 %.

Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 12. 30 WIB dilakukan implementasi identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan data subjektif klien mengatakan nyerinya yang mengakibatkan klien sulit melakukan aktivitas data objektif klien tampak lemah. Pukul 12.35 WIB monitor pola

dan jam tidur data subjektif klien mengatakan bila malam hari tidak bisa tidur dan siang hari tidur tetapi sering terbangun data objektif klien tampak lesu. Pukul 12.40 WIB berikan aktivitas distraksi yang menenangkan data subjektif klien mengatakan melakukan dzikir bila merasakan nyeri dan lemah data objektif klien tampak paham aktivitas distraksi.

Pada tanggal 6 Maret 2023 pukul 12.25 WIB dilakukan implementasi monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas data subjektif klien mengatakan nyerinya membuatnya tidak nyaman dan sulit beraktivitas data objektif klien tampak menahan nyeri. Pukul 12.30 WIB monitor pola dan jam tidur data subjektif klien mengatakan masih sulit tidur saat malam hari dan ketika siang hari tidur masih sering terbangun, tidurnya kurang dari 8 jam data objektif klien tampak lesu dan lemah. Pukul 12.35 WIB berikan aktivitas distraksi yang menenangkan data subjektif klien mengatakan sering mendengarkan murotal Al-Quran untuk mengabaikan rasa nyerinya data objektif klien tampak paham aktivitas distraksi.

Pada tanggal 7 Maret 2023 pukul 12.30 WIB dilakukan implementasi monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas data subjektif klien mengatakan nyerinya berkurang dan ia nyaman posisi dengan semi Fowler data objektif klien tampak nyaman. Pukul 12.35 WIB monitor pola dan jam tidur data subjektif klien mengatakan sudah bisa tidur malam tapi masih sering terbangun data objektif klien tampak menahan nyeri. Pukul 12.40 WIB berikan aktivitas distraksi yang menenangkan data subjektif klien mengatakan berzikir untuk mengurangi rasa nyerinya, data objektif klien tampak paham aktivitas distraksi.

## **H. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir untuk mengetahui apakah ada perkembangan pada pemberian asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam pada



tanggal 5 Maret 2023 sampai 7 Maret 2023, evaluasi dilakukan setiap hari dalam kasus kelolaan dalam kasus ini di dapat kan hasil evaluasi yaitu :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis pada tanggal 5 Maret 2023 evaluasi data subjektif klien mengatakan nyeri ulu hati P : nyeri ulu hati Q : tertusuk R : epigastrium S: skala nyeri 5 T : hilang timbul kurang dari 25 detik, data objektif TD : 111/81 mmHg , suhu 37,5 °C, respirasi 25 x/menit, nadi 95 x/menit. Maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis belum teratasi, kemudian penulis melanjutkan planning untuk melakukan intervensi pada hari berikutnya yaitu dengan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri ( tarik nafas dalam ) mengkolaborasi penmberian analgetik untuk mengurangi rasa nyeri.

Pada tanggal 6 Maret 2023 evaluasi data subjektif klien mengatakan nyeri ulu hati P : nyeri ulu hati Q : tertusuk R : epigastrium S : skala nyeri 5 T : hilang timbul kurang dari 10 detik, data objektif TD : 128/90 mmHg , suhu 37 °C, respirasi 26 x/menit, nadi 89 x/menit. Maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis belum teratasi, kemudian penulis melanjutkan planning untuk melakukan intervensi pada hari selanjutnya yaitu dengan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (tarik nafas dalam)mengkolaborasi penmberian analgetik untuk mengurangi rasa nyeri.

Pada tanggal 7 Maret 2023 evaluasi data subjektif klien mengatakan nyerinya sudah berkurang P : nyeri ulu hati Q : tertusuk R : epigastrium S : skala nyeri 4 T : hilang timbul kurang dari 10 detik, data objektif TD : 115/83 mmHg , suhu 36 °C, respirasi 24 x/menit, nadi 82 x/menit. Maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis belum teratasi, kemudian



penulis melanjutkan planning untuk melakukan intervensi pada hari selanjutnya yaitu dengan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (tarik nafas dalam) mengkolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi rasa nyeri.

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas pada tanggal 5 Maret 2023 evaluasi data subjektif klien mengatakan napasnya sesak, data objektif TD : 111/81 mmHg , suhu 37,5 °C, respirasi 25 x/menit, nadi 95 x/menit, SpO2 93 %. Maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas belum teratasi, kemudian penulis melanjutkan planing untuk melakukan intervensi pada hari selanjutnya yaitu monitor pola napas, posisikan semi fowler atau fowler, pemberian oksigen.

pada tanggal 6 Maret 2023 evaluasi data subjektif klien mengatakan napasnya masih sesak, data objektif TD : 128/90 mmHg , suhu 37 °C, respirasi 26 x/menit, nadi 89 x/menit, SpO2 92 %. Maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas belum teratasi, kemudian penulis melanjutkan planing untuk melakukan intervensi pada hari selanjutnya yaitu monitor pola napas, pemberian oksigen.

pada tanggal 7 Maret 2023 evaluasi data subjektif klien mengatakan napasnya masih sesak, data objektif TD : 115/83 mmHg , suhu 36°C, respirasi 24 x/menit, nadi 89 x/menit, SpO2 95%. Maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas belum teratasi, kemudian penulis melanjutkan planing untuk melakukan intervensi pada hari selanjutnya yaitu monitor pola napas, pemberian oksigen.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan pada tanggal 5 Maret 2023 evaluasi data subjektif klien mengatakan nyerinya yang membuat klien sulit beraktivitas, data objektif KU : lemah TD : 111/81 mmHg , suhu 37,5 °C, respirasi 25 x/menit, nadi 95 x/menit, SpO2 93 %.

Maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan belum teratasi, kemudian penulis melanjutkan planning untuk melakukan intervensi pada hari selanjutnya yaitu Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.

pada tanggal 6 Maret 2023 evaluasi data subjektif klien mengatakan nyerinya yang membuat klien sulit beraktivitas, data objektif KU : lemah TD : 128/90 mmHg, suhu 37 °C, respirasi 26 x/menit, nadi 89 x/menit, SpO2 92 %. Maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan belum teratasi, kemudian penulis melanjutkan planning untuk melakukan intervensi pada hari selanjutnya yaitu Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.

pada tanggal 7 Maret 2023 evaluasi data subjektif klien mengatakan nyerinya yang membuat klien sulit beraktivitas, data objektif TD : 115/83 mmHg, suhu 36 °C, respirasi 24 x/menit, nadi 89 x/menit, SpO2 95 %. Maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan belum teratasi, kemudian penulis melanjutkan planning untuk melakukan intervensi pada hari selanjutnya yaitu monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab IV ini penulis membahas kasus kelolaan mengenai asuhan keperawatan pada Ny. Z dengan dispepsia diruang Hasyim Ashari Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak yang dikelola selama 3 hari dari tanggal 5 Maret 2023 – 7 Maret 2023 dari tahap pengkajian kemudian analisa data hingga menentukan diagnosa keperawatan serta melakukan intervensi keperawatan dan implementasi keperawatan hingga evaluasi keperawatan. Penulis akan membahas kekurangan dan kesulitan atau hambatan dalam pemberian asuhan keperawatan

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan merupakan pengumpulan dan analisa informasi secara sistematis dan berkelanjutan mengenai klien. Pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data dan menempatkan data ke dalam format yang terorganisir. (Rosdahl & Kowalski, 2014)

Dalam penyusunan kasus kelolaan ini penulis mendapatkan data dari pengkajian wawancara, observasi, pemeriksaan fisik pada Ny. Z dengan dispepsia. Pada tanggal 5 Maret 2023 dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif dengan klien mengatakan mengeluh nyeri ulu hati serta mengalami sesak napas dan sulit melakukan aktivitas. Nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan, atau seperti berhubungan dengan, kerusakan jaringan aktual atau potensial. Definisi nyeri mengandung frase ‘pengalaman emosional yang tidak menyenangkan’. Definisi ini menunjukkan bahwa nyeri adalah suatu fenomena yang bersifat pribadi, yang tidak hanya mencakup suatu proses biomedis (misalnya sebagai gejala suatu penyakit), namun juga berhubungan dengan pasien sebagai manusia secara utuh. (Sari & Chanif, 2020)

Bila klien mengeluh nyeri perlu ditinjau penilaian rasa nyeri dengan pengkajian nyeri PQRST meliputi : P yaitu *provoking incident (insiden pemicu)* peristiwa yang menjadi faktor penyebab nyeri, rasa nyeri yang berkurang apabila beristirahat, rasa nyeri yang bertambah berat bila beraktivitas, aktivitas yang menyebabkan nyeri bertambah (saat batuk, bersin, berdiri, dan berjalan). Q yaitu *quality of pain (rasa yang dirasakan)* rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien (apakah terbakar, berdenyut, tajam, atau menusuk). R yaitu *region, radiation, relief (lokasi yang dirasakan nyeri)* lokasi nyeri harus ditunjukkan dengan tepat oleh klien (apakah rasa sakit bisa reda, menjalar, atau menyebar). S yaitu *severity (skala atau seberapa besar rasa nyeri yang dirasakan)* sebesar apa rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri/ gradasi dan klien menerangkan sejauh mana rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya. T yaitu *time (waktu berapa lama nyeri berlangsung)* nyeri berlangsung berapa lama, kapan, apakah buruk pada malam hari atau siang hari. (Handayani, 2018)

Dalam pengkajian penulis juga mendapatkan data objektif yang menggambarkan keluhan klien, didapatkan data pada pengkajian PQRST yaitu : P : nyeri ulu hati Q : tertusuk R : epigastrium S : skala nyeri 5 T : hilang timbul

Serta didapatkan data pemeriksaan fisik yaitu TD : 111/81 mmHg, respirasi: 25x/menit, nadi : 95x/menit, SpO<sub>2</sub> : 93%, suhu tubuh : 37,5 ° C. Didapatkan salah satu data dari pemeriksaan laboratorium GDS : 137 mg/dl dengan nilai normal 70 – 115 mg/dl. Dalam melakukan pengkajian penulis tidak mengalami kendala atau kesulitan karena dari pihak klien dan keluarga sangat kooperatif.

## B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan mengenai masalah pada klien yang aktual atau potensial yang dapat dikelola melalui intervensi keperawatan. Diagnosa keperawatan pernyataan yang jelas, ringkas yang berpusat pada pernyataan klien dan spesifik pada klien (Rosdahl & Kowalski,.2014)

Diagnosa keperawatan merupakan salah satu hal yang penting dari proses keperawatan. Diagnose keperawatan biasanya dilakukan setelah tahap pengkajian dilakukan. Diagnose keperawatan akan terlaksanakan dengan baik jika tahap pengkajian dilakukan dengan benar. Informasi yang didapat di diagnose keperawatan melalui pengkajian tersebut dipergunakan untuk menentukan asuhan keperawatan apa saja yang akan dipilih yang sesuai dengan terapi keperawatan.(Tio, 2021)

Pada kasus kelolaan kali ini penulis menegakkan diagnosa berdasarkan pernyataan klien yang kemudian diputuskan melalui buku SDKI yaitu 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 3 bulan. Kemudian diambil diagnosa yang berdasarkan kondisi klien baik dari data subjektif maupun objektif serta penyebab yang dikaji melalui klien.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada 5 Maret 2023 penulis menegakkan diagnosa pertama Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi. Berdasarkan diagnosa yang ditegakkan oleh penulis klien mengeluh nyeri ulu hatinya disertai panas yang menjalar ke dada. Berdasarkan keluhan klien, penulis melakukan pengkajian P : nyeri ulu hati Q : tertusuk R : epigastrium S : skala nyeri 5 T : hilang timbul

Rangsangan nyeri diterima oleh nociceptors pada kulit bisa intesitas tinggi maupun rendah seperti perenggangan dan suhu serta oleh lesi jaringan. Sel yang mengalami nekrotik akan merilis K + dan



protein intraseluler . Peningkatan kadar  $K^+$  ekstraseluler akan menyebabkan depolarisasi nociceptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfiltrasi mikroorganisme sehingga menyebabkan peradangan / inflamasi. Akibatnya, mediator nyeri dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E2, dan histamin yang akan merangsang nosiseptor sehingga rangsangan berbahaya dan tidak berbahaya dapat menyebabkan nyeri (hiperalgesia atau allodynia). Selain itu lesi juga mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga bradikinin dan serotonin akan terstimulasi dan merangsang nosiseptor. Jika terjadi oklusi pembuluh darah maka akan terjadi iskemia yang akan menyebabkan akumulasi  $K^+$  ekstraseluler dan  $H^+$  yang selanjutnya mengaktifkan nosiseptor. Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E2 memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan meningkat dan juga terjadi Perangsangan nosiseptor. Bila nosiseptor terangsang maka mereka melepaskan substansi peptida P (SP) dan kalsitonin gen terkait peptida (CGRP), yang akan merangsang proses inflamasi dan juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Vasokonstriksi (oleh serotonin), diikuti oleh vasodilatasi, mungkin juga bertanggung jawab untuk serangan migrain . Perangsangan nosiseptor inilah yang menyebabkan nyeri. (Bahrudin, 2018)

Oleh karena itu penulis menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi berdasarkan data tersebut penulis mengambil diagnosa tersebut sebagai diagnosa utama.

Pengkajian yang dilakukan pada 5 Maret 2023 penulis menegakkan diagnosa Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas. Berdasarkan diagnosa tersebut didapatkan data subjektif yang dapat menegakkan diagnosa tersebut yaitu klien mengatakan napasnya sesak dan didukung dengan data objektif yaitu klientampak pernapasan cuping hidung dengan SpO2 : 93 %.



Berdasarkan diagnosis keperawatan yang terdapat dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia diagnosis keperawatan yang dapat muncul didalam kasus dispepsia yaitu pola napas tidak efektif. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa klien mengalami pola napas tidak efektif. Berdasarkan diagnosis tersebut penulis memberikan intervensi dengan pemberian oksigen agar mencapai criteria hasil yang diinginkan.

Definisi dari pola napas tidak efektif menurut buku diagnosis keperawatan dalam standar diagnosis keperawatan Indonesia merupakan inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

Pada pengkajian 5 Maret 2023 penulis menegakkan diagnosis Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan. Berdasarkan diagnosis tersebut didapatkan data subjektif yang dapat menegakkan diagnosis tersebut yaitu klien mengatakan karena lemah seras sulit bergerak karena nyeri yang dirasakannya dan didukung dengan data objektifnya yaitu klien tampak lemas.

Definisi menurut buku diagnosis keperawatan dalam standar diagnosis keperawatan Indonesia yaitu ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Satu permasalahan klien adalah intoleransi aktivitas. Intoleransi aktivitas menurut (Herdman, 2015) adalah ketidakcukupan energi psikologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan. (Isnaeni & Puspitasari, 2018)

Tanda intoleransi aktivitas diantaranya adalah ketidaknyamanan saat beraktivitas, kelelahan atau kelemahan secara verbal, ketidaknyamanan setelah beraktivitas, perubahan EKG Yang menunjukkan aritmia atau iskemia. (Isnaeni & Puspitasari, 2018)

Oleh karena itu penulis menegakkan diagnosis keperawatan tersebut berdasarkan data subjektif serta data objektif yang ditemukan saat pengkajian yang dilakukan pada tanggal 5 Maret 2023. Yang

didukung dengan tanda dan gejala mayor serta minor berdasarkan buku standar diagnosis keperawatan Indonesia (2018).

Penulis seharusnya menambahkan 2 diagnosa selain diagnosa diatas, yaitu ansietas dan diagnosa gangguan pola tidur. Diagnosa ansietas sendiri berhubungan dengan dispepsia dikarenakan salah satu proses terjadinya dispepsia berhubungan dengan ansietas dijelaskan dalam pathways di dalam tinjauan teori, tetapi dalam mengambil diagnosa tersebut penulis tidak mengkaji terkait diagnosa tersebut. Oleh karena itu penulis tidak menegakkan diagnosa tersebut. Seharusnya penulis melakukan pengkajian yang berhubungan dengan diagnosa tersebut agar dapat mengangkat diagnosa ansietas tersebut.

Untuk diagnosa yang kedua yang seharusnya diangkat yaitu diagnosa gangguan pola tidur. Dalam pengkajian penulis mendapatkan data bahwa klien mengatakan sulit tidur dan tidurnya kurang dari 8 jam, tetapi penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut dikarenakan penulis memprioritaskan diagnosa intoleransi aktivitas.

Diagnosa keperawatan prioritasnya yaitu nyeri akut dikarenakan keluhan pasien yang sering dirasakan dan data pengkajian yang menunjang penulis mengangkat diagnose prioritas nyeri akut.

### **C. Intervensi Keperawatan**

Pengertian intervensi keperawatan sendiri merupakan salah satu tahap dalam proses keperawatan, yang menjadi suatu perencanaan yang dilakukan oleh perawat terhadap diagnosa keperawatan yang sudah didapatkan agar klien dapat memiliki status kesehatan yang baik. Pengambilan keputusan dalam memilih intervensi keperawat harus dilakukan dengan tepat dan ditetapkan dengan baik dan berhasil (Beatrik Yeni Sampang, 2017)

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah penulis menyusun intervensi keperawatan menggunakan buku standar intervensi keperawatan Indonesia. Intervensi dilakukan untuk mendapatkan hasil agar

kliendapat mendapatkan status kesehatan yang baik dan intervensi yang dilakukan tepat dan mendapatkan hasil yang baik.

Pada diagnosa pertama Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis, penulis menyusun intervensi keperawatan dengan tujuan dilakukan intervensi selama 3 x 8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : nyeri berkurang, skala nyeri 2 , klien dapat melakukan tehnik non farmakologis untuk mengontrol nyeri, serta tidak tampak meringis kesakitan.

Manajemen nyeri yang efektif membutuhkan perawat yang terlatih dan berpengetahuan. Manajemen nyeri merupakan upaya menghilangkan atau menurunkan nyeri ke level yang lebih diterima oleh klien. Manajemen nyeri dapat dilakukan secara farmakologis maupun nonfarmakologis. Manajemen nyeri mengacu pada perawatan dan intervensi yang tepat yang dikembangkan dari hasil penilaian nyeri. Manajemen nyeri dikembangkan harus bekerja sama dengan klien. Terapi non farmakologis efektif untuk mengurangi nyeri ketika digunakan sebagai terapi mandiri atau dikombinasikan dengan terapi non-farmakologi ataupun farmakologi (Gumilang, 2019)

Pada diagnosa kedua Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas, penulis menyusun intervensi keperawatan dengan tujuan dilakukan intervensi selama 3 x 8 jam diharapkan frekuensi napas membaik, penggunaan otot bantu napas menurun, pernapasan cuping hidung menurun.

Manajemen jalan napas merupakan mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas menurut buku standard intervensi keperawatan. Salah satu intervensi yang dilakukan dalam manajemen jalan napas yaitu monitor pola napas, posisikan semi fowler atau fowler, pemberian oksigen. Pemberian terapi oksigen, pengaturan posisi semi fowler dan fowler dapat mengurangi risiko penurunan pengembangan dinding dada. Metode yang paling sederhana untuk mengurangi risiko penurunan pengembangan dinding dada yaitu

dengan pengaturan posisi saat istirahat. Posisi fowler merupakan posisi tempat tidur dimana posisi kepala dan tubuh ditinggikan  $45^{\circ}$  hingga  $60^{\circ}$  dimana posisi lutut mungkin/mungkin tidak dalam posisi tertekuk, sedangkan posisi semi fowler merupakan posisi tempat tidur dimana posisi kepala dan tubuh ditinggikan  $15^{\circ}$  hingga  $45^{\circ}$ . (Suhendar & Sahrudi, 2022)

Pada diagnosa ketiga Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan, penulis menyusun intervensi keperawatan dengan tujuan dilakukan intervensi selama 3 x 8 jam diharapkan diharapkan frekuensi napas membaik, saturasi oksigen meningkat, perasaan lemah menurun.

Manajemen energi menurut buku standar intervensi keperawatan yaitu mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan. Untuk tindakan yang akan dilakukan dalam diagnosa intoleransi aktivitas yaitu Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan misalnya menyarakan klien agar berzikir atau melakukan aktivitas yang memperingan nyeri.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap pelaksanaan dalam proses keperawatan. Dalam implementasi terdapat susunan dan tatanan pelaksanaan yang akan mengatur kegiatan pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan yang sudah ditetapkan. Implementasi keperawatan ini juga mengacu pada kemampuan perawat baik secara praktik maupun intelektual. Dalam pelaksanaannya juga terdapat aturan dan standar yang berlaku, yang artinya bahwa kegiatan implementasi ini tidak dapat dilakukan secara asal atau semena-mena, sekalipun perawat

mempunyai kompetensi yang bagus secara pribadi. Dalam pelaksanaannya juga terdapat aturan dan standar yang berlaku, yang artinya bahwa kegiatan implementasi ini tidak dapat dilakukan secara asal atau semena-mena, sekalipun perawat mempunyai kompetensi yang bagus secara pribadi (Beatrik Yeni Sampang, 2017)

Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis 3 x 8 jam penulis melakukan implementasi pada klien dari tanggal 5 Maret 2023 sampai 7 Maret 2023 implementasi yang dilakukan perawat yaitu pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi keperawatan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Dengan respon data subjektif klien mengatakan nyeri ulu hati, hilang timbul sekitar kurang lebih 25 detik, seperti tertusuk tusuk dibagian ulu hati dan data objektif klien tampak meringis kesakitan dan menahan nyerinya. Pukul 10.05 WIB mengidentifikasi skala nyeri data subjektif klien mengatakan bila digambarkan dari angka 1-10 skala nyerinya 5, data objektif klien tampak meringis menahan sakit. P : nyeri ulu hati, Q : tertusuk, R : epigastrium, S : skala nyeri 5, T : hilang timbul. Pukul 10.10 WIB berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mengajarkan tehnik tarik napas dalam), data subjektif klien mengatakan belum pernah melakukan tehnik tarik napas dalam dan bersedia untuk diajarkan, data objektif klien tampak kooperatif dan memahami.

pada tanggal 6 Maret 2023 pukul 09.00 WIB dilakukan implementasi keperawatan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri data subjektif klien mengatakan nyeri ulu hati seperti tertusuk pada bagian perut atas atau ulu hati data objektif klien tampak meringis kesakitan P : nyeri ulu hati, Q : tertusuk, R : epigastrium, T : hilang timbul kurang lebih 10 detik. Pukul 09.05 WIB mengidentifikasi skala nyeri data subjektif klien mengatakan skala nyerinya bila digambarkan angka dari 1- 10 nilainya



5. Pukul 09.15 WIB berikan tehnik non farmakologis untuk mengontrol nyeri data subjektif klien mengatakan sudah mencoba tehnik tarik napas dalam ketika nyeri datang, data objektif klien tampak meringis kesakitan. Pukul 09.20 WIB pemberian analgetik data subjektif klien mengatakan bersedia disuntikan obat melalui selang infus data objektif klien diberikan obat ceftriaxone 1 g (iv), metoclopramide 1 K/P, paracetamol 1 K/P.

pada tanggal 7 Maret 2023 pukul 09.30 WIB dilakukan implementasi keperawatan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri data subjektif klien mengatakan nyeri berkurang, hilang timbul di bagian ulu hati seperti tertusuk, data objektif klien tampak gelisah P : nyeri ulu hati, Q : tertusuk, R : epigastrium, T : hilang timbul kurang lebih 10 detik. Pada pukul 09.35 WIB mengidentifikasi skala nyeri data subjektif klien mengatakan skala nyerinya 4 data objektif klien tampak meringis menahan nyeri. Pukul 09.40 WIB mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, data subjektif klien mengatakan dengan melakukan tarik napas dalam dapat mengurangi nyeri sesaat data objektif klien tampak mengulangi tarik napas dalam bila nyeri datang. Pukul 09.50 WIB pemberian analgetik data subjektif klien mengatakan bersedia disuntikan obat melalui selang infus data objektif klien diberikan obat ceftriaxone 1 g (iv), metoclopramide 1 K/P, paracetamol 1 K/P, omeprazole 40 mg (iv).

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 11.30 WIB dilakukan implementasi memonitor pola napas data subjektif klien mengatakan nafasnya sesak data objektif klien tampak napas cuping hidung, RR : 25x/menit. Pukul 11.32 WIB posisikan semi fowler data subjektif klien mengatakan bersedia diposisikan semi fowler data objektif klien tampak nyaman diposisikan semi fowler. Pukul 11.35 WIB pemberian oksigen, jika perlu data subjektif klien mengatakan masih sesak dan



bersedia diberikan oksigen data objektif klien menggunakan NRM 15 liter, SpO<sub>2</sub> : 93%.

Pada tanggal 6 Maret 2023 pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi memonitor napas data subjektif klien mengatakan napasnya masih sesak data objektif klien tampak napas cuping hidung, RR : 26 x/menit . Pukul 10.05 WIB posisikan semi fowler data subjektif klien mengatakan posisinya sudah nyaman data objektif klien tampak nyaman dengan posisinya. Pukul 10.10 WIB pemberian oksigen, jika perlu data subjektif klien mengatakan masih sesak data objektif klien tampak terpasang NRM, SpO<sub>2</sub> : 92%.

Pada tanggal 7 Maret 2023 pukul 11.00 WIB dilakukan implementasi memonitor napas data subjektif klien mengatakan sesak napasnya berkurang data objektif klien masih tampak sesak, RR : 24 x/menit. Pukul 11.05 WIB posisikan semi fowler data subjektif klien mengatakan posisi semi fowler dapat membuat sesak napasnya berkurang data objektif klien tampak nyaman dengan posisinya. Pukul 11.10 WIB pemberian oksigen, jika perlu data subjektif klien mengatakan sesaknya berkurang data objektif klien tampak terpasang NRM, SpO<sub>2</sub> : 95 %. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 12. 30 WIB dilakukan implementasi identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan data subjektif klien mengatakan nyerinya yang mengakibatkan klien sulit melakukan aktivitas data objektif klien tampak lemah. Pukul 12.35 WIB monitor pola dan jam tidur data subjektif klien mengatakan bila malam hari tidak bisa tidur dan siang hari tidur tetapi sering terbangun data objektif klien tampak lesu. Pukul 12.40 WIB berikan aktivitas distraksi yang menenangkan data subjektif klien mengatakan melakukan dzikir bila merasakan nyeri dan lemah data objektif klien tampak paham aktivitas distraksi.

Pada tanggal 6 Maret 2023 pukul 12.25 WIB dilakukan implementasi monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan

aktivitas data subjektif klien mengatakan nyerinya membuatnya tidak nyaman dan sulit beraktivitas data objektif klien tampak menahan nyeri. Pukul 12.30 WIB monitor pola dan jam tidur data subjektif klien mengatakan masih sulit tidur saat malam hari dan ketika siang hari tidur masih sering terbangun, tidurnya kurang dari 8 jam data objektif klien tampak lesu dan lemah. Pukul 12.35 WIB berikan aktivitas distraksi yang menenangkan data subjektif klien mengatakan sering mendengarkan murotal Al-Quran untuk mengabaikan rasa nyerinya data objektif klien tampak paham aktivitas distraksi.

Pada tanggal 7 Maret 2023 pukul 12.30 WIB dilakukan implementasi monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas data subjektif klien mengatakan nyerinya berkurang dan ia nyaman posisi dengan semi fowler data objektif klien tampak nyaman. Pukul 12.35 WIB monitor pola dan jam tidur data subjektif klien mengatakan sudah bisa tidur malam tapi masih sering terbangun data objektif klien tampak menahan nyeri. Pukul 12.40 WIB berikan aktivitas distraksi yang menenangkan data subjektif klien mengatakan berzikir untuk mengurangi rasa nyerinya, data objektif klien tampak paham aktivitas distraksi.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri. Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai. (Hassan, 2013)

Evaluasi pada diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari pada tanggal 5 Maret 2023 sampai 7 Maret 2023 didapatkan bahwa pada hari pertama skala masih di angka yang lumayan tinggi yaitu skala 5, dan untuk hari kedua skala nyeri masih diangka 5 serta hari ketiga skala nyeri turun di angka 4, klien masih mengeluh nyeri di ulu hati serta klien tampak meringis kesakitan. Implementasi yang dilakukan selama 3 hari yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang ditentukan didapatkan hasil tujuan belum tercapai dan masalah belum teratasi kemudian intervensi dilanjutkan.

Evaluasi pada diagnosa Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas setelah dilakukan implementasi selama 3 hari pada tanggal 5 Maret 2023 sampai 7 Maret 2023 didapatkan klien mengeluh sesak napasnya dan SpO<sub>2</sub> yang cukup rendah yaitu diangka 93 % dihari pertama 92% dihari kedua dan 95% dihari ketiga klien tampak kesulitan bernapas. Implementasi yang dilakukan selama 3 hari dilakukan sesuai intervensi yang direncanakan didapatkan hasil tujuan belum tercapai dan masalah belum teratasi kemudian intervensi dilanjutkan.

Evaluasi pada diagnosa Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari pada tanggal 5 Maret 2023 sampai 7 Maret 2023 didapatkan klien mengeluh aktivitasnya dibantu karena lemah sulit bergerak dengan data objektif klien tampak lemah lesu, implementasi yang dilakukan selama 3 hari dilakukan sesuai intervensi yang direncanakan didapatkan hasil tujuan belum tercapai dan masalah belum teratasi kemudian intervensi dilanjutkan.

## F. Keterbatasan Penulisan

Dari diagnosa diatas penulis seharusnya menambahkan diagnosa yang ditegakkan pada Ny. Z, namun karena adanya data yang tidak terkaji maka penulis tidak menegakkan diagnosa tersebut. Diagnosa yang seharusnya muncul tetapi tidak ditegakkan oleh penulis antara lain :

### 1) Ansietas

Definisi dari ansietas itu sendiri yaitu kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Penyebab dari ansietas itu sendiri yaitu krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua dan anak yang tidak memuaskan, faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan, serta kurang terpapar informasi. (SDKI PPNI, 2018)

Tanda dan gejala yang dapat muncul di diagnosa ansietas yaitu klien dapat merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, adapun data objektifnya klien tampak gelisa, tegang, sulit tidur, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, dan berorientasi pada masa lalu. (SDKI PPNI, 2018)

Penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena adanya data yang tidak terkaji sebab itu penulis tidak dapat mengangkat diagnosa tersebut.

## 2) Gangguan Pola tidur

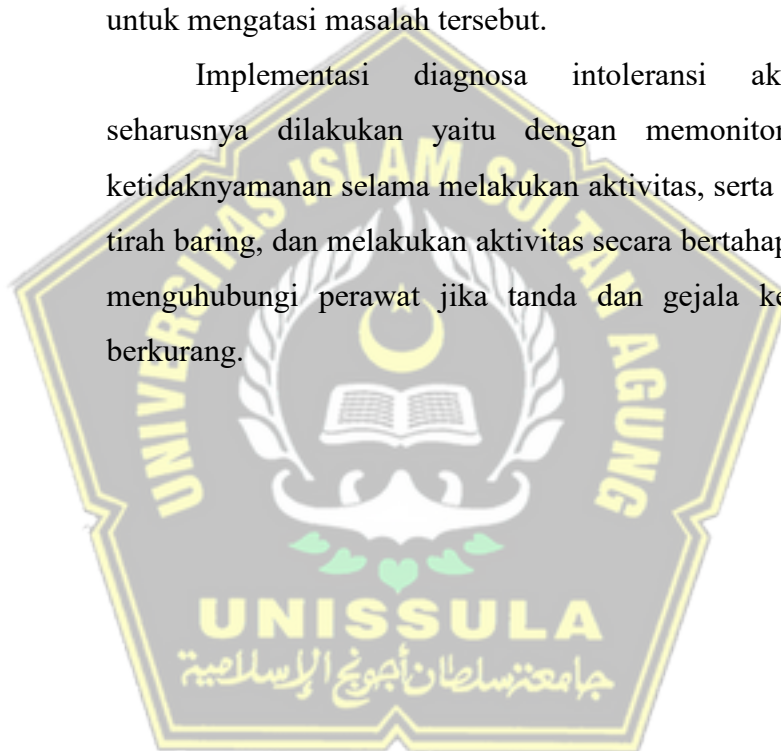
Definisi dari diagnosa gangguan pola tidur yaitu gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Penyebab dari diagnosa ini yaitu hambatan lingkungan (misalnya kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan, pemeriksaan atau tindakan), kurang control tidur, kurang privasi, restraint fisik, ketidakadaan teman tidur, serta tidak familiar terhadap peralatan tidur. (SDKI PPNI, 2018)

Tanda dan gejala yang dapat muncul pada diagnosa ini yaitu klien mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, serta mengeluh kemampuan beraktivitas. (SDKI PPNI, 2018). Alasan mengapa penulis tidak mengangkat diagnosa gangguan pola tidur karena penulis memprioritaskan diagnosa intoleransi aktivitas sebab data yang terkaji lebih prioritas ke diagnosa tersebut, tetapi pada pengkajian penulis mendapatkan data bahwa klien mengatakan sulit tidur bila malam hari, klien juga mengeluh tidurnya kurang dari 8 jam sebab bila klien tidur sering terbangun dan tidurnya tidak nyenyak, dari data tersebut seharusnya penulis dapat mengangkat diagnosa tersebut akan tetapi penulis lebih prioritas ke diagnosa intoleransi aktivitas.

Adanya pengkajian yang tidak terkaji yaitu pengkajian yang berfokus pada abdomen untuk mengetahui pasti penyakit dispepsia ini sendiri oleh karena itu penulis menulisnya dalam keterbatasan penulisan. Serta adanya pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan yaitu pemeriksaan EKG untuk mengetahui apakah ada kelainan pada jantung pasien atau tidak.

Diagnosa prioritas yang seharusnya diangkat yaitu pola napas tidak efektif dikarenakan gangguan napas lebih diutamakan untuk diatasi masalah tersebut sebab mengancam nyawa pasien. Oleh karena itu penulis menjabarkannya di dalam keterbatasan penulisan sebab diagnosa utama yang diangkat penulis yaitu nyeri akut. Seharusnya penulis menjadikan pola napas tidak efektif sebagai prioritas diagnosa dan memberikan implementasi dengan intervensi utama manajemen jalan napas untuk mengatasi masalah tersebut.

Implementasi diagnosa intoleransi aktivitas yang seharusnya dilakukan yaitu dengan memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, serta menganjurkan tirah baring, dan melakukan aktivitas secara bertahap dan anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.





## **BAB V**

### **PENUTUP**

Asuhan keperawatan yang telah dikelola selama 3 hari pada Ny. Z dengan dispepsia di ruang Hasyim Ashari Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak dari tanggal 5 Maret 2023 sampai 7 Maret 2023.

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Konsep medis (penyakit)**

Dispepsia merupakan kumpulan gejala yang dirasakan dengan adanya rasa nyeri ulu hati, kembung mual, perut rasa penuh serta rasa tidak nyaman. Penyebab dari dispepsia yaitu adanya gangguan pada saluran cerna atau disekitar saluran cerna seperti pankreas dan kandung kemih contohnya. Asuhan keperawatan dilakukan dari tahap pengkajian, analisis data, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Dari tahap pengkajian didapatkan data penulis melakukan analisis data dan didapatkan 3 diagnosa yaitu nyeri akut, pola napas tidak efektif, dan intoleransi aktivitas. Intervensi yang dilakukan berfokus pada diagnosa utama yaitu nyeri akut. Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi diagnosa utama yaitu dilakukan pengurangan nyeri secara farmakologi dan dilakukan nonfarmakologi dengan cara tarik napas dalam. Evaluasi yang didapatkan setelah pemberian intervensi selama 3 hari yaitu didapatkan dengan tetap melanjutkan intervensi.

Masalah yang terjadi pada klien dispepsia adalah nyeri akut, diagnosa nyeri akut dapat diatasi dengan tehnik farmakologi dan non farmakologi sesuai dengan intervensi yang diberikan. Kemudian diagnosa pola napas tidak efektif pada intervensi difokuskan pada pemberian oksigen dan intoleransi aktivitas kegiatan pasien dibantu sepenuhnya karena pasien merasakan nyeri serta sesak saat aktivitas.

## B. Saran

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dengan adanya karya tulis ilmiah ini dapat berguna untuk pengembangan pengetahuan dan informasi bagi mahasiswa dan dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan khususnya pada klien dispepsia.

### 2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat memberikan asuhan keperawatan sesuai standart praktik pada klien dispepsia.

### 3. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan menambah kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas pada klien dispepsia

### 4. Bagi Masyarakat

Diharapkan bisa menambahkan pemahaman dan pengetahuan masyarakat mengenai upaya penanganan dispepsia.



## DAFTAR PUSTAKA

- Aghadiati, 2019. (2017). Tinjauan Pustaka Tinjauan Pustaka. Convention Center DiKotaTegal,6–32.
- Apriani, M. (2016). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Dengan Dispepsia Di Wilayah Kerja Puskesmas Perawatan Padang Guci Tahun 2019
- Bahrudin, M. (2018). Patofisiologi Nyeri (Pain). *Saintika Medika*, 13(1), 7. <https://doi.org/10.22219/sm.v13i1.5449>
- Beatrik Yeni Sampang. (2017). Latar Belakang : Metode : Hasil : Pembahasan : Tujuan : Hubungan Berfikir Kritis Dengan Perilaku Caring Dalam Pendidikan Keperawatan Untuk Menjalankan Asuhan Keperawatan, 1–7.
- Doenges, M. E., Moor house, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plans*. In Usa (10th ed.).
- Fithriyana, R. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dispepsia Pada Pasien Di Willayah Kerja Puskesmas Bangkinang Kota. *PREPOTIF Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(2), 2018.
- Gopinath Nadarajan, C. 111 08 753, & dr.Muh Rum Rahim, M. K. (2013). Gambaran Tentang Dispepsia Pada Pegawai Kesehatan Di Klinik Kesehatan Taman Medan Maju Jaya Petaling Jaya, Malaysia. Gopinath Nadarajan, C 111 08 753
- Gumilang, M. (2019). Gambaran Tingkat Pengetahuan Mahasiswa Profesi Ners Universitas Diponegoro tentang Manajemen Nyeri. Skripsi, 1–116.
- Handayani, W. (2018). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Dgn Gangguan Sistem Hematolog*. 41.
- Hasanuddin, M. B. (2020). Karakteristik Penderita Dispepsia di beberapa lokasi di wilayah Indonesia Periode Tahun 2012 sampai dengan Tahun 2019.

- Hassan, Z. B. H. (2013). Latar belakang kajian Latar belakang kajian. 1–9.
- Herman, H., & Lau, S. H. A. (2020). Faktor Risiko Kejadian Dispepsia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 1094–1100. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.471>
- Isnaeni, N. N., & Puspitasari, E. (2018). Pemberian Aktivitas Bertahap Untuk Mengatasi Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Pasien Chf. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*, 2(1), 1–6. <https://doi.org/10.33655/mak.v2i1.28>
- Karlina, L., & Kora, F. T. (2020). Hubungan Peran Perawat Sebagai Care Giver Dengan Tingkat Kecemasan Pada Lansia. *Jurnal Kesehatan Samodra Ilmu*, 11(1), 104–113. <https://doi.org/10.55426/jksi.v11i1.20>
- Kuniyo, P., & Abidin, L. S. (2022). Studi Kasus: Tingkat Pengetahuan Mempengaruhi Kepatuhan Diet. *Jurnal Keperawatan Indonesia Timur (East Indonesian Nursing Journal)*, 2(1), 1–7.
- Meilandani, F. T. (2015). Hubungan Status Emosional Dengan Tingkat Nyeri Pada Pasien Sindroma Dispepsia Di Poli Penyakit Dalam Klinik Segiri Medika Samarinda. In *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Price, S. A., & Wilson, I. M. (2012). Pendahuluan Patologi Umum: Mekanisme Penyakit, In *Patofisiologi Konsep Klinik Proses - proses pengakit*. Edisi 6 Volume 1 (6th ed.). EGC.
- Putra, A. A. G. W., & Wibawa, I. D. N. (2020). Gambaran hasil pemeriksaan endoskopi pada pasien dispepsia di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah tahun 2015. *Intisari Sains Medis*, 11(1), 35–40. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i1.529>
- Samosir, E. (2020). Konsep Pengkajian Sebagai Elemen Kunci Asuhan Keperawatan Berkualitas. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/c4u5f>
- Sari, N. E., & Chanif. (2020). Penerapan Terapi Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Dismenore Pada Remaja Di Desa Jambu Timur Mlonggo

Jepara. Prosiding Seminar Nasional Unimus, 3, 1–8.

Suhendar, A., & Sahrudi, S. (2022). Efektivitas Pemberian Oksigen Posisi Semi Fowler dan Fowler Terhadap Perubahan Saturasi pada Pasien Tuberculosis di IGD RSUD Cileungsi. *Malahayati Nursing Journal*, 4(3), 576–590. <https://doi.org/10.33024/mnj.v4i3.6043>

Sumarni, S., & Andriani, D. (2019). Hubungan Pola Makan Dengan Kejadian Dispepsia. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, 2(1), 61–66. <https://doi.org/10.35451/jkf.v2i1.282>

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tio, A., & Manik, J. (2021). Penerapan Diagnosa Keperawatan Di Berbagai Instansi Kesehatan. 13(1), 10. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/rasvn>

Wibawani, E. A. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dispepsia Pada Pasien Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam Di RSUD Koja. *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, 17(1), 257–266.

Yani Maulita M.Kom. (2018). Perancangan Sistem Pengambilan Keputusan Diagnosa Penyakit Dalam Menggunakan Metode Back Propagation ( Studi Kasus RSUD Dr . RM . Djoelham Kota Binjai ). *Kesehatan*, III, Nomor(May 2014), 4.

Yıldırım, S. (2018). Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Tn. F Dengan Dispepsia Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. DR. W.Z Johannes Kupang Tahun 2018. 21, 1–9.

Zakiah, W., Eka Agustin, A., Fauziah, A., Sa'diyah, N., & Ibnu Mukti, G. (2021). Definisi, Penyebab, Klasifikasi, dan Terapi Sindrom Dispepsia. *Jurnal Health Sains*, 2(7), 978–985. <https://doi.org/10.46799/jhs.v2i7.230>

