# ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. E DENGAN DIAGNOSA MEDIS DISPEPSIA HARI KE 1 DI RUANG G1

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh:**

**IVAN BAREG PRADIPTA NIM. 182.0024**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA 2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. E DENGAN DIAGNOSA MEDIS DISPEPSIA HARI KE 1 DI RUANG G1**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**IVAN BAREG PRADIPTA** **NIM. 182.0024**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA 2021**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 10 Juni 2021

IVAN BAREG PRADIPTA NIM. 182.0024

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa : Nama : Ivan Bareg Pradipta

Nim : 182.0024

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan Diagnosa Medis Dispepsia Hari Ke 1 Di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar

# AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 10 Juni 2021

# Pembimbing

**Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc NIP. 03.006**

Di tetapkan di: STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal: 16 Juni 2021

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Ivan Bareg Pradipta

NIM : 182.0024

Program Studi : D-III Keperawatan

# Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan Diagnosa Medis Dispepsia Hari Ke 1 di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan di hadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Rabu, 16 Juni 2021 Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada prodi D-III Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

# Penguji I : Christina Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep ……………………….

**NIP. 03.017**

**Penguji II : Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep, Sp.Kep. MB ………………………..**

**NIP. 03.020**

**Penguji III : Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc ………………………..**

**NIP. 03.006**

**Mengetahui, STIKES Hang Tuah Surabaya Ka Prodi D-III Keperawatan**

**Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes.**

**NIP. 03.007**

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Tanggal : 16 Juni 2021

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan waktu yang ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL., Sp.KL selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya untuk menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S. Kep., Ns, M. Kes., selaku Kepala Program Studi D- III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc. selaku pembimbing, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga , pikiran serta perhatian

dalam

memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

1. Ibu Christina Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep dan Bapak Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep, Sp.Kep. MB. Selaku penguji, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan, dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
2. Ibu Nadia Okhtiary, AMd selaku kepala Perpustakaan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan karya ilmiah ini.
3. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
4. Sahabat-sahabat seperjuangan angkatan 24 tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
5. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

# Surabaya, 10 Juni 2021

Penulis

# DAFTAR ISI

[HALAMAN JUDUL i](#_bookmark0)

[SURAT PERNYATAAN ii](#_bookmark1)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_bookmark2)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_bookmark3)

[KATA PENGANTAR v](#_bookmark4)

[DAFTAR ISI ix](#_bookmark5)

[DAFTAR GAMBAR xii](#_TOC_250014)

[DAFTAR TABEL xi](#_bookmark6)ii

[DAFTAR LAMPIRAN xi](#_bookmark7)v

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_bookmark8)5

* 1. [Latar Belakang 1](#_bookmark9)5
	2. [Rumusan Masalah](#_bookmark10) 17
	3. [Tujuan Penelitian](#_bookmark11) 17
		1. [Tujuan Umum](#_bookmark15) 17
		2. [Tujuan Khusus](#_bookmark15) 17
	4. [Manfaat](#_bookmark12) 18
		1. [Akademisi](#_bookmark15) 18
		2. [Dari segi praktisi, tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi](#_bookmark15) 18
	5. [Metode Penulisan](#_bookmark13) 19
		1. [Metode](#_bookmark15) 19
		2. [Teknik pengumpulan data](#_bookmark15) 19
		3. [Sumber data](#_bookmark15) 20
		4. [Studi kepustakaan](#_bookmark15) 20
	6. [Sistematika penulisan](#_bookmark14) 20

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA](#_bookmark15) 22

* 1. [Konsep Penyakit](#_bookmark15) 22
		1. [Pengertian Dispepsia](#_bookmark15) 22
		2. [Etiologi](#_bookmark15) 23
		3. [Patofisiologi](#_bookmark15) 25
		4. [Tanda dan Gejala](#_bookmark15) 26
		5. [Manifestasi Klinis](#_bookmark15) 26
		6. [Diagnosa Banding](#_bookmark15) 27
		7. [Komplikasi](#_bookmark15) 28
		8. [Pemeriksaan Penunjang](#_bookmark15) 28
		9. [Pencegahan](#_bookmark15) 29
		10. [Penatalaksanaan](#_bookmark15) 30
	2. [Anatomi dan Fisiologi Lambung](#_bookmark16) 30
		1. [Fungsi Motorik Lambung](#_bookmark15) 31
		2. [Sekresi Asam Lambung](#_bookmark15) 32
		3. [Faktor Risiko Sindrom Dispepsia](#_bookmark15) 34
	3. [Konsep Kebutuhan Dasar Manusia 36](#_TOC_250013)
	4. [Konsep Penilaian Ambang Nyeri (Skrining Nyeri) 38](#_TOC_250012)
		1. [Definisi Nyeri](#_bookmark15) 38
		2. [Penggolongan Nyeri](#_bookmark15) 39
		3. [Derajat Nyeri](#_bookmark15) 41
		4. [Pengukuran Derajat Nyeri Mandiri](#_bookmark15) 41
	5. [Konsep Asuhan Keperawatan pada Dispepsia 46](#_TOC_250011)
		1. [Pengkajian](#_bookmark15) 46
		2. [Diagnosa Keperawatan](#_bookmark15) 48
		3. [Rencana Keperawatan](#_bookmark15) 49
		4. [Tindakan Keperawatan](#_bookmark15) 50
		5. [Evaluasi Keperawatan](#_bookmark15) 50
	6. [Kerangka Masalah 51](#_TOC_250010)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS](#_bookmark17) 52

* 1. [Pengkajian 52](#_TOC_250009)
	2. [Analisa Data 59](#_TOC_250008)
	3. [Prioritas Masalah 61](#_TOC_250007)
	4. [Rencana keperawatan 62](#_TOC_250006)
	5. [Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan 66](#_TOC_250005)

[BAB 4 PEMBAHASAN](#_bookmark17) 72

* 1. [Pengkajian](#_bookmark18) 72
	2. [Diagnosa Keperawatan](#_bookmark18) 73
	3. [Perencanaan 74](#_TOC_250004)
	4. [Pelaksanaan 75](#_TOC_250003)
	5. [Evaluasi 77](#_TOC_250002)

[BAB 5 PENUTUP](#_bookmark19) 78

* 1. [Simpulan](#_bookmark20) 78
	2. [Saran](#_bookmark21) 79

[DAFTAR PUSTAKA](#_TOC_250001) 80

[Lampiran](#_TOC_250000) 81

# DAFTAR GAMBAR

* + 1. Gambar Anatomi Lambung 30
		2. Gambar Fase Sekresi Lambung 33
		3. Gambar Lambung terinfeksi *Helicobacter Pylori* 35

2.3 Gambar Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow 38

2.4.4 Gambar *Visual Analog Scale* (VAS) 42

Gambar *Verbal Ratting Scale* (VRS) 43

Gambar *Numeric Ratting Scale* (NRS) 44

Gambar *Wong Baker Pain Ratting Scale* 44

Gambar *Memorial Pain Assessment Card* 45

Lampiran

Gambar Anatomi Nasus 81

Gambar Anatomi Pharynx 81

Gambar Oesophagus dan Gaster 82

Gambar Mengukur Panjang Pipa NGT 84

Gambar Memasukkan Pipa NGT hingga ke Lambung 84

Gambar Fiksasi Pipa Nasogastric Tube (NGT) 85

# DAFTAR TABEL

2.6 Kerangka Masalah 51

* + 1. Kemampuan Perawatan Diri 57
		2. Pemeriksaan Penunjang 57

Terapi / Tindakan Lain-lain 58

* 1. Analisa Data 59
	2. Prioritas Masalah 61
	3. Rencana Keperawatan 62
	4. Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan 66

# DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Standar Prosedur Operasional Pemasangan NGT 81

# BAB 1 PENDAHULUAN

# Latar Belakang

Dispepsia adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan nyeri atau rasa tidak nyaman pada perut bagian atas atau ulu hati. Keluhan ini tidak selalu ada pada setiap penderita. Setiap penderita keluhannya dapat berganti atau bervariasi, baik dari segi jenis keluhan maupun kualitas keluhan (Maiti & Bidinger, 2019).

Diperkirakan bahwa hampir 30% kasus pada praktek umum dan 60% pada praktek *gastroenterologist* merupakan kasus dispepsia. Berdasarkan penelitian pada populasi umum didapatkan bahwa 15-30% orang dewasa pernah mengalami hal ini dalam beberapa hari dari data pustaka negara barat didapatkan angka prevelensinya berkisar 7-14%, tapi hanya 10-20% yang akan mencari pertolongan medis (Maiti & Bidinger, 2019).

Dispepsia merupakan salah satu masalah pencernaan yang paling umum ditemukan. Berdasarkan data kunjungan di klinik *gastroenterologist* di perkirakan hampir 30% kasus yang dijumpai pada praktek umum dan 60% pada praktek *gastroenterology* merupakan dispepsia (Maiti & Bidinger, 2019).

Sedangkan di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya khususnya di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya prevalensi pasien dengan Dispepsia di tahun 2021 sejumlah 18 pasien, diantaranya lebih banyak laki-laki dibandingkan dengan perempuan (Ruang G1 RSPAL, 2021).

Diperkirakan sekitar 15-40 populasi di dunia memiliki keluhan dispepsia kronis atau berulang: sepertiganya merupakan dispepsia organik (struktural). Etiologi terbanyak dispepsia organik yaitu ulkus peptikus lambung/duodenum, penyakit refluks gastroesofagus, dan kanker lambung (Maiti & Bidinger, 2019).

Kebiasaan mengkonsumsi makanan dan minuman, seperti makan pedas, asam, minum kopi, dan minuman beralkohol juga dapat meningkatkan resiko gejala dispepsia. Suasana yang sangat asam didalam lambung dapat membunuh organisme pathogen yang tertelan bersamaan dengan makanan. Namun, bila barrier lambung telah rusak, maka suasana yang sangat asam didalam lambung akan memperberat iritasi pada dinding lambung (Maiti & Bidinger, 2019).

Mengkonsumsi makanan dan minuman yang merangsang asam lambung akan menyebabkan peradangan pada lambung dan akan menyebabkan ulkus peptikum pada lambung sehingga sangat diharapkan untuk selalu menjaga pola makan dengan makan – makanan yang tidak merangsang terjadinya peningkatan asam lambung (Maiti & Bidinger, 2019).

Keadaan pasien dengan Dispepsia yang berada dalam nyeri akut, peran perawat sangatlah penting. Perawat dalam ruangan interna dituntut untuk selalu menjalankan perannya diberbagai situasi dan kondisi yang meliputi tindakan penyelamatan pasien secara professional khususnya penanganan pada pasien dengan gawat darurat. Sebagai pelaku atau pemberi asuhan keperawatan perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan pada pasien dispepsia secara langsung atau tidak langsung kepada pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (Maiti & Bidinger, 2019).

Atas dasar berbagai permasalahan diatas maka dipandang perlu untuk meneliti mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny. E dengan Diagnosa Medis Dispepsia Hari Ke 1 di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Dispepsia dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Dispepsia Hari Ke 1 di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?”.

# Tujuan Penelitian

Mahasiswa mampu menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Ny. E dengan Diagnosa Medis Dispepsia Hari Ke 1 di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis dispepsia di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya sesuai tugas dan wewenang perawat.

# Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien Ny. E dengan Diagnosa Medis Dispeps ia Hari Ke 1 di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. E dengan Diagnosa Medis Dispepsia Hari Ke 1 di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. E dengan Diagnosa Medis Dispepsia Hari Ke 1 di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. E dengan Diagnosa Medis Dispepsia Hari Ke 1 di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi pasien Ny. E dengan Diagnosa Medis Dispepsia Hari Ke 1 di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. E dengan Diagnosa Medis Dispepsia Hari Ke 1 di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

# Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

# Akademisi

Dari segi akademisi, merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis dispepsia dengan baik.

# Dari segi praktisi , tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi :

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan dispepsia dengan baik.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis dispepsia.

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis dispepsia.

# Metode Penulisan

# Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

# Tenik pengumpulan data

1. Wawancara

Data yang diambil / diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diperoleh melalui pengamatan secara langsung keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

# Sumber data

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

1. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

# Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

# Sistematika penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

* + 1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
		2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa dispepsia, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi kesimpulan dari bab 1 sampai dengan bab 4 serta saran.

* + 1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

# BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah tentang penyakit Dispepsia dan Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Dispepsia dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

# Konsep Penyakit

# Pengertian Dispepsia

Dispepsia adalah rasa nyeri atau tidak nyaman di bagian ulu hati. Kondisi ini dianggap gangguan di dalam tubuh yang diakibatkan reaksi tubuh terhadap lingkungan sekeliling. Reaksi ini menimbulkan gangguan ketidakseimbangan metabolisme, dan sering kali menyerang individu usia produktif, yakni usia 30- 50 tahun. Dispepsia suatu gejala yang ditandai dengan nyeri ulu hati, rasa mual, dan kembung. Gejala ini bisa berhubungan / tidak ada hubungan dengan makanan (Rositha, 2018).

Dispepsia merupakan istilah yang digunakan untuk suatu sindrom atau kumpulan gejala / keluhan yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati, kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, perut rasa penuh / begah. Gejala-gejala yang timbul disebabkan oleh berbagai faktor seperti gaya hidup merokok, alkohol, berat badan berlebih, stress, kecemasan, dan depresi yang relevan dengan terjadinya dispepsia (Rositha, 2018).

Dispepsia adalah ketidaknyamanan perut bagian atas yang terkait dengan makan (biasa disebut gangguan pencernaan), adalah gejala yang paling umum dari pasien dengan disfungsi gastrointestinal. Biasanya, makanan berlemak menyebabkan ketidaknyamanan karena membutuhkan proses pencernaan lebih lama dari pada protein atau karbohidrat. Salad dan sayuran hijau serta makanan berbumbu tinggi juga dapat menyebabkan gangguan pencernaan (Rositha, 2018). Secara garis besar, penyebab sindrom dispepsia ini dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok penyakit organik (tukak peptik, gastritis, batu kandung empedu, dll), dan kelompok dimana sarana penunjang diagnostik yang konvensional atau buku (radiologi, endoskopi, laboratorium) tidak dapat memperlihatkan adanya gangguan patologis struktural biokimiawi, disebut

gangguan fungsional (Rositha, 2018).

# Etiologi

Berdasarkan penyebabnya, dispepsia dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu dispepsia organik dan dispepsia fungsional.

1. Dispepsia organik
	1. Dispepsia tukak. Gejala yang ditemukan biasanya nyeri ulu hati pada waktu tidak makan / perut kosong.
	2. Dispepsia tidak tukak. Gejalanya sama dengan dispepsia tukak, bisa pada pasien gastritis, deudenis, tetapi pada pemeriksaan tidak ditemukan tanda-tanda tukak.
	3. Rufluks gastroesofagus. Gejala berupa rasa panas di dada dan regurgitasi terutama setelah makan.
	4. Penyakit saluran empedu. Keluhan berupa nyeri mulai dari perut kanan atas atau ulu hati yang menjalar ke bahu kanan dan punggung.
	5. Karsinoma. Kanker esofagus, kanker lambung, kanker pankreas, kanker hepar.
	6. Pankreatitis. Keluhan berupa nyeri mendadak yang menjalar ke punggung, perut terasa makin tegang dan kencang.
	7. Sindrom malabsorbsi. Keluhan berupa nyeri perut, nausea, anoreksia, sering flatus, dan perut kembung.
	8. Gangguan metabolisme. Sebagai contoh diabetes dengan neuropati sering timbul komplikasi pengosongan lambung yang lambat sehingga menimbulkan nausea, perasaan lekas kenyang. Hipertiroid menimbulkan rasa nyeri di perut, nausea, dan anoreksia.
2. Dispepsia fungsional
	1. Faktor asam lambung pasien. Pasien biasanya sensitif terhadap kenaikan produksi asam lambung dan hal tersebut menimbulkan nyeri.
	2. Kelainan psikis, stress, dan faktor lingkungan. Stress dan faktor lingkungan diduga berperan pada kelainan fungsional saluran cerna, menimbulkan gangguan sirkulasi, motilitas, klan vaskularisasi.
	3. Gangguan motilitas. Mekanisme timbulnya gejala dispepsia mungkin dipengaruhi oleh susunan saraf pusat, gangguan motilitas diantaranya pengosongan lambung lambat, abnormalitas kontraktif, refluks gastroduodenal.
	4. Penyebab lain-lain, seperti adanya kuman helicobacterpylori, gangguan motilitas atau gerak mukosa lambung, konsumsi banyak makanan berlemak, kopi, alkohol, rokok, perubahan pola makan dan pengaruh obat-obatan yang dimakan secara berlebihan dan dalam waktu lama (Rositha, 2018).

# 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 akan merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung sehingga rangsangan di medulla oblongata membawa impuls muntah sehingga intake tidak adekuat baik makanan maupun cairan (Rositha, 2018).

1. Sekresi asam lambung dan keasaman duodenum pada dispepsia fungsional hanya sedikit yang terkena hipersekresi asam lambung dari ringan sampai sedang, beberapa hanya menunjukkan gangguan bersihan asam dari duodenum dan meningkatnya sensitivitas terhadap asam.
2. Infeksi Helicobacter Pylori.
3. Perlambatan pengosongan lambung, 20-40% pada dispepsia fungsional mempunyai perlambatan pengosongan lambung yang signifikan karena pengosongan lambung dengan perasaan perut penuh setelah makan, mual, dan muntah.
4. Gangguan akomodasi lambung, menimbulkan rasa cepat kenyang dan mengalami penurunan berat badan, karena pada keadaan normal makanan yang masuk lambung akan terjadi relaksasi fundus dan korpus gaster tanpa meningkatkan tekanan dalam lambung.
5. Hipersensitivitas lambung

Dapat menimbulkan rasa nyeri abdomen, bersendawa, penurunan berat badan, rasa cepat kenyang.

1. Intoleransi lipid intra duodenal

Mengeluh intoleransi terhadap makanan yang berlemak dan dapat meningkatnya hipersensitivitasnya terhadap lambung yang menimbulkan gejala mual dan kembung.

Psikologi, adanya stress akut dapat mempengaruhi gastrointestinal kemudian munculnya rasa mual setelah stimulus stress (Rositha, 2018).

# Tanda dan Gejala

1. Cepat merasa kenyang
2. Rasa tidak nyaman setelah makan
3. Nyeri pada perut atas atau ulu hati
4. Rasa terbakar pada perut bagian atas
5. Kembung di perut atas
6. Mual

# Manifestasi Klinis

Pada manifestasi klinis dispepsia menurut (Rositha, 2018) :

1. Adanya gas di perut, rasa penuh setelah makan perut menonjol, cepat kenyang, mual, tidak nafsu makan, dan perut terasa panas.
2. Rasa penuh, cepat kenyang, kembung setelah makan, mual, muntah, sering bersendawa, tidak nafsu makan, nyeri ulu hati dan dada atau regurgitasi asam lambung ke mulut.
3. Gejala dispepsia akut dan kronis berdasarkan jangka waktu tiga bulan meliputi :
	1. Rasa sakit dan tidak enak di ulu hati
	2. Perih, mual, sering bersendawa, dan regurgitasi
	3. Keluhan dirasakan terutama berhubungan dengan timbulnya stress
	4. Berlangsung lama dan sering kambuh
	5. Sering disertai ansietas dan depresi

# Diagnosa Banding

Ketika didapatkan kelainan organik maka perlu dipikirkan kemungkinan diagnosis banding yaitu dispepsia organik, tetapi apabila tidak ditemukan kelainan organik maka pikirkan kecurigaan dispepsia fungsional. Dispepsia organik terdiri dari ulkus duodenum, ulkus gaster, gastritis, gastritis erosif, duodenitis, dan proses keganasan. Pada dispepsia fungsional dapat didiagnosis berdasarkan kriteria Rome III dengan didapatkan satu atau lebih gangguan di gastrointestinal seperti rasa yang mengganggu setelah makan, cepat kenyang, kembung, rasa tidak nyaman atau nyeri dan rasa terbakar di epigastrium. Gejala yang dirasakan harus berlangsung kurang lebih selama tiga bulan terakhir. Diagnosis dispepsia ditegakkan dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan lab, dan pemeriksaan penunjang lainnya (Kedokteran et al., 2019).

# Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul pada dispepsia antara lain perdarahan gastrointestinal, stenosis pilorus, dan perforasi (Rositha, 2018).

# Pemeriksaan Penunjang

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

1. Pemeriksaan laboratorium, biasanya meliputi hitung jenis sel darah yang lengkap dan pemeriksaan darah dalam tinja, dan urin. Jika ditemukan leukosit dosis berarti tanda-tanda infeksi. Jika tampak cair berlendir atau banyak mengandung lemak pada pemeriksaan tinja kemungkinan menderita malabsorbsi. Sesorang yang diduga menderita dispepsia ulkus sebaiknya diperiksa derajat keasaman lambung. Jika diduga suatu keganasan, dapat diperiksa *tumormarker* (dugaan karsinoma kolon), dan (dugaan karsinoma pankreas).
2. Barium enema untuk memeriksa saluran cerna pada orang yang mengalami kesulitan menelan atau muntah, penurunan berat badan atau mengalami nyeri yang membaik atau memburuk bila penderita makan.
3. Endoskopi, bisa digunakan untuk mendapatkan contoh jaringan dari lapisan lambung melalui tindakan biopsi. Pemeriksaan nantinya dibawah mikroskop untuk mengetahui apakah lambung terinfeksi *Helicobacterpylori*. Endoskopi merupakan pemeriksaan baku emas, selain sebagai diagnostik sekaligus terapeutik.
4. Pemeriksaan penunjang lainnya seperti foto polos abdomen, serologi *H*.*pylori, urea breath test*, dan lain-lain dilakukan atas dasar indikasi (Maiti & Bidinger, 2019).

# Pencegahan

Menurut (Israil, 2018), walaupun tidak bisa menghilangkan bakteri *helicobacter pylori* tetapi terjadinya dispepsia dapat dicegah dengan cara sebagai berikut :

1. Menurut penelitian sebelumnya, mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung tepung, seperti nasi, jagung, dan roti dengan jumlah sedikit sedikit tetapi sering dapat menormalkan produksi asam lambung.
2. Hilangkan kebiasaan mengkonsumsi alkohol, konsumsi alkohol yang berlebihan akan mengiritasi atau mengelupas dinding lambung dan menyebabkan peradangan bahkan pendarahan di lambung.
3. Jangan merokok karena dapat merusak lapisan dinding lambung, meningkatkan produksi asam lambung, memperlambat kesembuhan, dan lebih beresiko terkena kanker lambung.
4. Mengurangi penggunaaan obat nyeri, tidak menggunakan obat-obatan dari golongan NSAIDs, seperti aspirin, ibuprofen, dan naproxen.
5. Konsultasikan dengan dokter jika menemukan gejala dispepsia untuk menentukan solusi terbaik.
6. Berat badan tetap ideal, masalah saluran pencernaan seperti rasa terbakar di lambung, kembung, konstipasi biasanya gejala yang memiliki kelebihan berat badan (obesitas).
7. Olahraga teratur seperti aerobik dapat meningkatkan detak jantung sehingga menstimulasi aktivitas otot usus untuk mendorong isi perut di lepaskan dengan cepat.

# Penatalaksanaan

Non farmakologi tindakan-tindakan keperawatan dalam perawatan pasien dengan gangguan nyeri abdomen yaitu mengatur posisi pasien, hipnoterapi, terapi relaksasi, manajemen nyeri dan terapi perilaku. Farmakologis pengobatan dispepsia mengenal beberapa obat, yaitu: Antasida, Pemberian antasida tidak dapat dilakukan terus menerus, karena hanya bersifat simtomatis untuk mengurangi nyeri. Obat yang termasuk golongan ini adalah simetidin, ranitidin, dan famotidine. Pemasangan cairan pariental, pemasangan *Naso Gastric Tube* (NGT) jika diperlukan (Maiti & Bidinger, 2019).

# Anatomi dan Fisiologi Lambung

# Fungsi Motorik Lambung

Berdasarkan dari aspek anatomis, lambung dibagi atas 3 bagian yaitu fundus bagian lambung yang terletak di atas lubang esofagus, korpus (body) bagian tengah yang merupakan bagian utama lambung dan antrum bagian bawah lambung yang memiliki otot yang lebih tebal, lebih lengkapnya dapat dilihat dari gambar dibawah ini :



**Gambar 2.2.1** Anatomi Lambung

Fungsi motorik lambung terdiri dari pengisian lambung, penyimpanan lambung, pencernaan lambung, dan pengosongan lambung. Lambung dalam keadaan kosong memiliki volume sekitar 50 ml, tetapi apabila sudah terisi volumenya dapat mencapai sekitar 1 liter. Pada permukaan dalam dinding lambung terdapat lipatan-lipatan yang dapat mendatar sehingga dapat memperbesar luas permukaan lambung.

Terdapat gerakan peristaltik yang terjadi dalam lambung sehingga akan menyebar ke seluruh bagian lambung yaitu dimulai di fundus dan korpus kemudian akan ke antrum dan sfingter pilorus. Pada saat makanan masuk fundus dan korpus akan mengakomodasi makanan dan ototnya akan melemah. Pada fundus dan korpus memiliki otot yang tipis sehingga gerakan peristaltik yang terjadi lemah, sedangkan pada antrum gelombang gerakan peristaltik menjadi jauh lebih kuat karena otot yang dimiliki antrum lebih tebal dibandingkan otot yang dimiliki fundus dan korpus. Gerakan peristaltik yang lemah pada korpus membuat makanan akan tersimpan lebih tenang tanpa terjadi pencampuran, kemudian makanan akan mengalir dari korpus ke antrum (tempat terjadinya pencampuran makanan).

Gerakan peristaltik yang kuat pada antrum membuat makanan tercampur dengan sekresi lambung untuk menghasilkan kimus (campuran cair kental). Setiap gerakan peristaltik antrum akan membuat kimus terdorong menuju sfingter pilorus yang sedikit terbuka ke dalam duodenum. Normalnya pada kontraksi otot tonik spinter pilorus akan menyebabkan sfingter pilorus hampir tertutup sehingga butuh dorongan peristaltik yang kuat untuk mendorong kimus melewatinya, semakin kuat kontraksi antrum terdorong semakin banyak kimus yang lolos melewati sfingter pilorus dan masuk ke duodenum.

Ketika gelombang peristaltik melalui sfingter pilorus kemudian akan menutup dengan erat dan membuat partikel yang besar kembali lagi ke korpus lambung dan massa kimus antrum akan terdorong ke jauh ke depan dan mengalami pencampuran kemudian akan kembali lagi ke arah korpus pilorus seiring dengan meningkatnya gerakan peristaltik selanjutnya, sampai massa kimus tersebut hancur dan lunak sehingga menjadi partikel yang lebih kecil untuk pengosongan, hal ini disebut retropusi (Kedokteran et al., 2019).

# Sekresi Asam Lambung

Mukosa lambung mempunyai dua tipe kelenjar tubulular yaitu kelenjar oksintik (kelenjar gastrik) yang mensekresi asam dan kelenjar pilorus yang mensekresi mukus yang berfungsi untuk melindungi mukosa pilorus dari cedera mekanik. Kelenjar oksintik terletak di bagian fundus dan korpus lambung, sedangkan kelenjar pilorus terletak di bagian antrum lambung. Pada mukosa lambung juga terdapat *chief cells* (sel utama) yang berfungsi mensekresikan pepsinogen untuk mencerna protein dan mensekresikan gastrik lipase untuk mencerna lemak.

Kelenjar oksintik lambung juga memiliki sel parietal yang mensekresi asam hidroklorida dan faktor instrinsik yang berperan dalam proses penyerapan vitamin B12. Asam hidroklorida apabila dirangsang akan membuat sel parietal mensekresi larutan asam yang didalamnya terdapat asam hidroklorida sekitar 160 mmol/L, pH pada larutan asam ini menunjukkan tingkat keasaman yang tinggi yaitu kira-kira 0,8. Asam hidroklorida dapat membunuh mikroorganisme serta berfungsi untuk mengaktifkan prekursor enzim pepsinogen menjadi pepsin. Selain fungsi diatas asam hidroklorida juga membantu penguraian serat otot dan jaringan ikat sehingga partikel yang memiliki ukuran besar akan dipecah menjadi

partikel yang kecil yang nantinya akan berubah menjadi kimus. Sel parietal memiliki hubungan erat dengan sel lain yaitu sel ECL yang berfungsi mensekresi histamin. Sel ECL juga terletak di kelenjar pilorus sehingga ketika histamin dilepas akan berhubungan langsung dengan sel parietal.

Kelenjar pilorus lambung terdapat didalamnya hormon yang berperan penting dalam sekresi asam lambung yaitu hormon gastrin yang disekresi oleh sel G yang terletak di bagian antrum lambung. Fungsi utama dari gastrin adalah perangsang sekresi asam lambung dan perangsang pertumbuhan mukosa lambung.



**Gambar 2.2.2** Fase Sekresi Lambung

Pada gambar diatas menjelaskan proses sekresi lambung yang terdapat tiga fase yaitu fase sefalik, fase gastrik, dan fase intestinal. Fase sefalik berlangsung pada saat memikirkan, mencium, mengecap, dan mencicipi makanan sehingga hal ini akan mengirim sinyal neurogenik pada korteks serebri dan pusat nafsu makan di hipotalamus, kemudian sinyal akan ditransmisikan melalui nukleus motorik dorsalis nervus vagus, lalu nervus vagus menstimulasi

daerah kelenjar pilorus untuk menghasilkan gastrin dan saraf intrinsrik merangsang sel parietal dan *chief cells* untuk menghasilkan sekresi lambung.

Pada fase gastrik rangsangan berpengaruh dari makanan berupa protein, fragmen peptida dalam makanan, peregangan, kafein, alkohol yang akan membuat refleks vagovagal dari lambung ke otak kembali lagi ke lambung dan membuat reflek enterik setempat sehingga hal ini menyebabkan sekresi asam lambung ketika makanan berada di lambung.

Pada fase intestinal rangsangannya disebabkan oleh adanya produk pencernaan protein di duodenum untuk meningkatkan gastrin sehingga gastrin dibawa oleh aliran darah ke lambung kemudian merangsang sel parietal dan *chief cells* untuk memproduksi sel lambung.

# Faktor Risiko Sindrom Dispepsia

Faktor risiko dispepsia fungsional yang paling banyak adalah sekresi asam lambung, infeksi, dismotilitas gastrointestinal, disfungsi autonom, faktor diet, psikologis, dan lingkungan.

1. Sekresi Asam Lambung

Sel kelenjar pada lambung menghasilkan asam lambung sekitar 2500 ml tiap hari. Hasil sekresi lambung berupa asam hidroklorida (HCl) dan pepsinogen. Dinding dalam mukosa lambung dilindungi oleh mukus dan lapisan mukosa lambung yang juga disebut sebagai sawar mukosa. Apabila sawar mukosa lambung terganggu maka hasil sekresi lambung akan merusak mukosa lambung sehingga akan menyebabkan iritasi pada mukosa lambung akibat kuatnya konsentrasi asam dari HCl dan pepsinogen dalam lambung.

Pada dispepsia fungsional diduga terjadi akibat adanya peningkatan sensitivitas mukosa lambung terhadap asam sehingga menimbulkan rasa yang tidak enak pada perut.

Peningkatan sensitivitas mukosa lambung terhadap asam dapat terjadi akibat pengaruh pola makan yang tidak teratur sehingga akan membuat lambung sulit beradaptasi dalam sekresi asam lambung dan apabila berlangsung lama akan mengiritasi dinding mukosa lambung

1. Infeksi *Helicobacter Pylori* (Hp)

Prevalensi infeksi Hp yang didapatkan bervariasi sekitar 39% - 87% . dari berbagai laporan terdapat sekitar 50% kekerapan *Helicobacter Pylori* pada dispepsia fungsional. Hubungan infeksi Hp yang didapatkan dengan gangguan motilitas pada pencernaan ditemukan tidak konsesten tetapi ketika infeksi Hp diperbaiki membuat gejala-gejala dispepsia fungsional jadi lebih baik.



**Gambar 2.2.3** Lambung terinfeksi *Helicobacter Pylori*

1. Dismotilitas Gastrointestinal

Dismotilitas gastrointestinal terdiri dari menurunnya kapasitas lambung dalam menerima makanan, tidak seimbangnya koordinasi antar duodenum, dan terjadinya perlambatan dalam pengosongan lambung. Berdasarkan berbagai studi melaporkan bahwa dispepsia fungsional terjadi akibat perlambatan pengosongan

lambung dan berkaitan dengan adanya mual muntah, 50% kasus terjadi karena adanya hipomotilitas antrum, gangguan pola makan sehingga berhubungan dengan adanya rasa cepat kenyang dan penurunan berat badan, dan juga terjadi akibat hipersensitivitas viseral terhadap lambung yang menyebabkan adanya keluhan nyeri, sendawa, dan penuruan berat badan.

1. Disfungsi Autonom

Hal ini berkaitan dengan neuropati vagal yang berpengaruh dalam kegagalan relaksasi lambung di bagian proksimal ketika menerima makanan sehingga menyebabkan gangguan akomodasi lambung dan rasa cepat kenyang.

1. Faktor Diet

Pada kasus dispepsia fungsional berkaitan dengan adanya perubahan pada pola makan, seperti lambat atau menunda waktu makan, makan dalam porsi kecil dan menghindari porsi besar serta intolensi makanan.

1. Psikologis dan Lingkungan

Pada sebuah penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor terjadinya dispepsia fungsional adalah gangguan psikososial. Kejadian dispepsia fungsional berikatan dengan adanya stress, peningkatan kecemasan, depresi dan gangguan somatisasi. Hal di atas dapat berpengaruh terhadap fungsi gastrointestinal, adanya penurunan kontraktilistas lambung (Kedokteran et al., 2019).

# Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow yang dikemukakan oleh (Rositha, 2018), dalam buku kebutuhan dasar manusia bahwa : kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah hierarki kebutuhan dasar manusia meliputi lima

kategori kebutuhan dasar, yakni: kebutuhan fisiologi, kebutuhan aman nyaman, kebutuhan rasa cinta serta memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, kebutuhan aktualisasi diri.

Kebutuhan dasar manusia yang akan terganggu pada pasien dispepsia, yaitu: kebutuhan rasa aman nyaman, aman pada berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Perlindungan fisiologis contohnya perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Perlindungan psikologis contohnya bebas dari takut dan kecemasan, serta bebas dari perasaan terancam karena pengalaman baru dan asing yang bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan.

a. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman (*Safety and Security Needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik secara fisiologis, maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi :

1. Nyeri dan Kenyamanan

Respon nyeri terjadi karena adanya inflamasi. Inflamasi merupakan respon segera terhadap injuri seluler. Jika ini terjadi, vasodilatasi cepat terjadi menyebabkan lebih banyak darah mendekati daerah injuri. Peningkatan aliran darah lokal menyebabkan warna kemerahan di daerah inflamasi. Rasa sakit di daerah inflamasi juga disebabkan oleh volume darah yang meningkat vasodilatasi lokal mengirimkan darah dan sel darah putih ke jaringan yang injuri. Protein serum memegang peranan utama dalam inflamasi.

1. Kebutuhan Keamanan dan Proteksi

Keselamatan adalah suatu keadaan seseorang atau lebih yang terhindar dari ancaman bahaya atau kecelakaan. Kecelakaan merupakan kejadian yang

tidak dapat diduga dan tidak diharapkan yang dapat menimbulkan kerugian, sedangkan keamanan adalah keadaan aman dan tentram.

1. Konsep Dasar Infeksi

Infeksi merupakan suatu kondisi penyakit yang disebabkan oleh masuknya kuman patogen atau mikroorganisme lain ke dalam tubuh yang dapat menimbulkan reaksi tertentu. Contoh reaksi tersebut adalah perubahan sekunder berupa peradangan (*inflamation*) yang ditandai antara lain oleh vasodilatasi pembuluh darah lokal, peningkatan permeabilitas kapiler, dan pembengkakan sel.

1. Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi
2. Bebas dari sakit dan kecemasan
3. Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.



**Gambar 2.3** Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow

# Konsep Penilaian Ambang Nyeri (Skrining Nyeri)

# Definisi Nyeri

Nyeri adalah bentuk pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan atau cenderung akan terjadi kerusakan jaringan atau suatu keadaan yang

menunjukkan kerusakan jaringan. Nyeri adalah sensasi penting bagi tubuh. Provokasi saraf-saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distress, atau penderitaan. Penilaian dan pengukuran derajat nyeri sangatlah penting dalam proses diagnosis penyebab nyeri. Dengan penilaian dan pengukuran derajat nyeri dapat dilakukan tata laksana nyeri yang tepat, evaluasi serta perubahan tata laksana sesuai dengan respon pasien. Nyeri harus diperiksa dalam suatu faktor fisiologis, psikologis, serta lingkungan (Tjahya, 2017).

Penilaian nyeri menurut (Tjahya, 2017) meliputi :

1. Anamnesis umum
2. Pemeriksaan fisik
3. Anamnesis spesifik nyeri dan evaluasi ketidakmampuan yang ditimbulkan nyeri :
	1. Lokasi nyeri
	2. Keadaan yang berhubungan dengan timbulnya nyeri
	3. Karakter nyeri
	4. Intensitas nyeri
	5. Gejala yang menyertai
	6. Efek nyeri terhadap aktivitas
	7. Tatalaksana yang sudah didapat
	8. Riwayat penyakit yang relevan dengan rasa nyeri
	9. Faktor lain yang akan mempengaruhi tatalaksana pasien

# Penggolongan Nyeri

Nyeri dapat digolongkan dalam berbagai cara, yaitu :

1. Menurut jenisnya: nyeri nosiseptik, nyeri neurogenik, dan nyeri psikogenik
2. Menurut timbulnya nyeri: nyeri akut dan nyeri kronik
3. Menurut penyebabnya: nyeri onkologik dan nyeri non-onkologik
4. Menurut derajat nyerinya: nyeri ringan, sedang, dan berat

Dengan penilaian nyeri yang lengkap dapat dibedakan antara nyeri nosiseptik (somatik dan visera) dengan nyeri neuropatik.

1. Nyeri somatik dapat dideskripsikan sebagai nyeri tajam, panas atau menyengat, yang dapat ditunjukkan lokasinya serta diasosiasikan dengan nyeri tekan lokal di sekitarnya.
2. Nyeri visera dideskripsikan sebagai nyeri tumpul, kram atau kolik yang tidak terlokalisir yang dapat disertai dengan nyeri tekan lokal, nyeri alih, mual, berkeringat, dan perubahan kardiovaskular.
3. Nyeri neuropatik memiliki ciri khas:
	1. Deskripsi nyeri seperti terbakar, tertembak, atau tertusuk
	2. Nyeri terjadi secara paroksimal atau spontan serta tanpa terdapat faktor presipitasi
	3. Terdapatnya diastesia (sensasi abnormal yang tidak menyenangkan yang timbul spontan ataupun dispresipitasi), hiperalgesia (peningkatan derajat respon terhadap stimulus nyeri normal), alodinia (nyeri yang dirasakan akibat stimulus yang pada keadaan normal tidak menyebabkan nyeri), atau adanya hipoestesia.
	4. Perubahan sistem otonom regional (perubahan warna, suhu, dan keringat) serta *phantom phenomena*

Sangatlah penting untuk mengetahui tipe nyeri yang diderita, karena durasi nyeri dan respon terhadap pemberian obat analgesia beragam antar tipe nyeri (Tjahya, 2017).

# Derajat Nyeri

Pengukuran derajat nyeri sebaiknya dilakukan dengan tepat karena sangat dipengaruhi oleh faktor subyektif seperti faktor fisiologis, psikologi, lingkungan. Karenanya, anamnesis berdasarkan pada pelaporan mandiri pasien yang bersifat sensitif dan konsisten sangatlah penting. Pada keadaan dimana tidak mungkin mendapatkan penilaian mandiri pasien seperti pada keadaan gangguan kesadaran, gangguan kognitif, pasien pediatrik, kegagalan komunikasi, tidak adanya kerjasama atau ansietas hebat dibutuhkan cara pengukuran yang lain. Pada saat ini nyeri di tetapkan sebagai tanda vital kelima yang bertujuan untuk meningkatkan kepedulian akan rasa nyeri dan diharapkan dapat memperbaiki tatalaksana nyeri akut (Tjahya, 2017).

Berbagai cara dipakai untuk mengukur derajat nyeri, cara yang sederhana dengan menentukan derajat nyeri secara kualitatif sebagai berikut :

1. Nyeri ringan adalah nyeri yang hilang timbul, terutama sewaktu melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur
2. Nyeri sedang adalah nyeri terus menerus, aktivitas terganggu, yang hanya hilang apabila penderita tidur
3. Nyeri berat adalah nyeri yang berlangsung terus menerus sepanjang hari, penderita tak dapat tidur atau sering terjaga oleh gangguan nyeri sewaktu tidur (Tjahya, 2017).

# Pengukuran Derajat Nyeri Mandiri

Ada beberapa cara untuk membantu mengetahui akibat nyeri menggunakan skala assessment nyeri unidimensional (tunggal) atau multidimensi.

1. Unidimensional :
	1. Hanya mengukur intensitas nyeri
	2. Cocok (*appropriate*) untuk nyeri akut
	3. Skala yang biasa digunakan untuk evaluasi pemberian analgetik
	4. Skala assessment nyeri unidimensional ini meliputi :
		1. *Visual Analog Scale* (VAS)

*Visual Analog Scale* (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi (Tjahya, 2017).



**Gambar 2.4.4** *Visual Analog Scale* (VAS)

* + 1. *Verbal Rating Scale* (VRS)

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri (Tjahya, 2017).

**Gambar 2.4.4** *Verbal Ratting Scale* (VRS)

* + 1. *Numeric Ratting Scale* (NRS)

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik (Tjahya, 2017).



**Gambar 2.4.4** *Numeric Ratting Scale* (NRS)

* + 1. *Wong Baker Pain Ratting Scale*

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka (Tjahya, 2017).



**Gambar 2.4.4** *Wong Baker Pain Ratting Scale*

1. Multidimensional :
	1. Mengukur intensitas dan afektif (*unpleasantness*) nyeri
	2. Diaplikasikan untuk nyeri kronis
	3. Dapat dipakai untuk penilaian klinis
	4. Skala multidimensional ini meliputi :
		1. *McGill Pain Questionnaire* (MPQ)

Terdiri dari empat bagian : (1) gambar nyeri, (2) indeks nyeri (PRI), (3) pertanyaan pertanyaan mengenai nyeri terdahulu dan lokasinya; dan

(4) indeks intensitas nyeri yang dialami saat ini. Terdiri dari 78 kata sifat/ajektif, yang dibagi ke dalam 20 kelompok. Setiap set mengandung sekitar 6 kata yang menggambarkan kualitas nyeri yang makin meningkat. Kelompok 1 sampai 10 menggambarkan kualitas sensorik nyeri (misalnya, waktu/temporal, lokasi/spatial, suhu/thermal). Kelompok 11 sampai 15 menggambarkan kualitas

efektif nyeri (misalnya stress, takut, sifat-sifat otonom). Kelompok 16 menggambarkan dimensi evaluasi dan kelompok 17 sampai 20 untuk keterangan lain-lain dan mencakup kata-kata spesifik untuk kondisi tertentu. Penilaian menggunakan angka diberikan untuk setiap kata sifat dan kemudian dengan menjumlahkan semua angka berdasarkan pilihan kata pasien maaka akan diperoleh angka total (Tjahya, 2017).

* + 1. *The Brief Pain Inventory* (BPI)

Adalah kuisioner medis yang digunakan untuk menilai nyeri. Awalnya digunakan untuk mengassess nyeri kanker, namun sudah divalidasi juga untuk assessment nyeri kronik (Tjahya, 2017).

* + 1. *Memorial Pain Assessment Card*

Merupakan instrumen yang cukup valid untuk evaluasi efektivitas dan pengobatan nyeri kronis secara subjektif. Terdiri dari 4 komponen penilaian tentang nyeri meliputi intensitas nyeri, deskripsi nyeri, pengurangan nyeri dan mood (Tjahya, 2017).

**Gambar 2.4.4** *Memorial Pain Assessment Card*

* + 1. Catatan harian nyeri (*Pain diary*)

Adalah catatan tertulis atau lisan mengenai pengalaman pasien dan perilakunya. Jenis laporan ini sangat membantu untuk memantau variasi status penyakit sehari-hari dan respons pasien terhadap terapi. Pasien mencatat intensitas nyerinya dan kaitan dengan perilakunya, misalnya aktivitas harian, tidur, aktivitas seksual, kapan menggunakan obat, makan, merawat rumah dan aktivitas rekreasi lainnya (Tjahya, 2017).

# Konsep Asuhan Keperawatan pada Dispepsia

# Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan dispepsia meliputi adanya nyeri perut, rasa pedih di ulu hati, mual kadang-kadang muntah, nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, perut kembung, rasa panas di dada dan perut, regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba) (Maiti & Bidinger, 2019).

Adapun proses pengkajian gawat darurat yaitu pengkajian primer (primary assessment). Primary Assessment dengan data subjektif yang didapatkan yaitu:

1. Keluhan utama: nyeri pada perut dan mengeluh mual muntah.
2. Keluhan penyakit saat ini: mekanisme terjadinya.
3. Riwayat penyakit dahulu: adanya penyakit saraf atau riwayat cedera sebelumnya, kebiasaan minum alkohol, konsumsi medikasi antikoagulan atau agen antiplatelet, adanya alergi, dan status imunisasi (Maiti & Bidinger, 2019).
4. Data objektif :
	1. Airway adanya perubahan pola napas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi). Napas berbunyi stridor, ronki, mengi positif (kemungkinan karena aspirasi).
	2. Breathing dilakukan Auskultasi dada terdengar stridor/ronki/mengi, RR>24x/menit.
	3. Circulation adanya perubahan tekanan darah atau normal (hipotensi), perubahan frekuensi jantung (bradikardi, takikardi yang diselingi dengan bradikardi disritmia).
	4. Disability adanya lemah/letargi, lelah, kaku, hilang keseimbangan, perubahan kesadaran bisa sampai koma.
5. Pengkajian sekunder:
	1. Keluhan utama: adanya mual muntah, curigai apendisitis atau obstruksi usus, nyeri epigastrium yang kolik, curigai gastritis atau gastroenteritis, anoreksia dengan diare.
	2. Riwayat sosial dan medis: riwayat penggunaan dan penyalahgunaan alkohol. Curigai penyakit hati, penyalahgunaan obat intra vena, gejala putus obat, pembedahan abdomen sebelumnya, curigai adanya obstruksi usus, penyakit hati atau gastritis.
	3. Alasan mencari pengobatan: identifikasi perubahan pada gejala: identifikasi kontak dengan pemberi perawatan kesehatan lainnya untuk penyakit ini.
	4. Pengobatan sebelum masuk Instalasi Gawat Darurat (IGD): mengidentifikasi penggunaan obat-obatan buatan rumah, perubahan pada diet, penggunaan obat yang dijual bebas.
	5. Nyeri: catat riwayat dan durasi nyeri dan gunakan metode pengkajian nyeri yaitu: *Provocate*, *Quality, Region, Severe, dan Time* (PQRST). Setelah melakukan pengkajian Primer dan Sekunder selanjutnya melakukan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan ini meliputi: Pertama, pemeriksaan tekanan darah yang menjadi indikator dan rasanya nyeri. Tetapi yang lebih penting memberikan pengertian selama proses pasien dalam keadaan hipotensi, hipertensi, takikardi, takipnea, dan adanya penurunan saturasi oksigen. Kedua, assessment respirasi dan kardiovaskuler dimana pengkajian ini harus menjadi perhatian, pada pasien dengan nyeri abdomen bagian atas, dapat dinyatakan adanya pneumonia atau iskemia jantung. Ketiga, asesmen abdomen kenyamanan posisi dan gerakan tubuh selama pemeriksaan sebagai isyarat lokasi, intensitas dan kemungkinan dari etiologi nyeri. Auskultasi abdomen dikempat kuardan meliputi frekuensi, dan karakteristik bising usus. Perkusi pembesaran hati dan limpa, kaji suara timpani normal untuk organ solid/padat. Palpasi adanya kekakuan abdomen, nyeri, massa dan hernia (Maiti & Bidinger,

2019).

# Diagnosa Keperawatan

Menurut (Maiti & Bidinger, 2019) diagnosa keperawatan yang muncul pada masalah dispepsia yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis.
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
3. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

# Rencana Keperawatan

Diagnosa keperawatan pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) goal: Pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 1x30 menit perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: kontrol nyeri (1605), tingkat nyeri (2102), nyeri efek yang mengganggu (2101) dan nyeri: respon psikologis tambahan (1306).

*Nursing Interventions Classification* (NIC) yaitu: Pemberian analgenik (2210), manajemen nyeri (1400), dan manajemen saluran cerna (0430). Diagnosa keperawatan kedua kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. *Nursing Outcomes Classification* (NOC) goal: Pasien akan mempertahankan status cairan yang adekuat selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x60 menit perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: keseimbangan cairan (0601), keseimbangan elektrolit (0606) dan hidrasi (0602).

*Nursing Interventions Classification* (NIC) yaitu: Pemasangan infus (4190), Manajemen syok: volume (4258), manajemen cairan (4120), dan manajemen hipovolemi (4180). Diagnosa keperawatan ketiga ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. *Nursing Outcomes Classification* (NOC) goal: pasien akan mempertahankan status nutrisi yang adekuat selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: status nutrisi: asupan nutrisi (1009), status nutrisi (1004) nafsu makan (1014) dan status nutrisi: asupan makan dan cairan (1008).

*Nursing Interventions Classification* (NIC) yaitu: manajemen nutrisi (1100), manajemen gangguan makan (1030), dan manajemen saluran cerna (0430). Diagnosa keperawatan keempat intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum. *Nursing Outcomes Classification* (NOC) goal: pasien akan berintoleransi terhadap aktifitas selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: toleransi terhadap aktifitas (0005), daya tahan (0001), tingkat kelelahan (0007), dan istirahat (0003).

*Nursing Interventions Classification* (NIC) yaitu: manajemen energi (0180), peningkatan latihan: latihan lingkungan (0200), dan terapi aktifitas (4310) (Maiti & Bidinger, 2019).

# Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien (Maiti & Bidinger, 2019).

# Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan (Maiti & Bidinger, 2019).



Vaso Dilatasimukosa Gaster

Respon Mukosa

Lambung

Eksfeliasi (Pengelupasan)

# Kerangka Masalah

Dispepsia

Dispepsia Fungsional

Dispepsia Organik

Kopi dan Alkohol

Stress

Perangsangan Saraf Simpatik NV (NervusVagus)

Anoreksia dalam waktu lama

**Defisit Nutrisi**

Muntah

**Nyeri Akut**

Mual

Hcl Kontak dengan Mukosa Gaster

Peningkatan Cairan Mukosa Lambung

Kelelahan

**Intoleransi Aktivitas**

**Tabel 2.6** Kerangka Masalah pada Dispepsia

# BAB 3 TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Dispepsia, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 26 April 2021 sampai 28 April 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 26 April 2021 jam 16.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari wawancara dengan pasien, keluarga pasien dan file No. Register 66.6X.XX sebagai berikut :

# Pengkajian

* + 1. Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama “ E “ usia 16 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia/Jawa, pasien adalah anak pertama dari Tn. S usia 42 tahun dan Ny. V usia 40 tahun. Pasien tinggal di daerah Simo Karangan Baru Surabaya, orang tua pasien beragama Islam dan pekerjaan ayah Wiraswasta dan ibu hanya seorang Ibu Rumah Tangga. Pasien Masuk Rumah Sakit (MRS) tanggal 24 April 2021 pukul 13.00 WIB

* + 1. Keluhan utama

Perut terasa sakit seperti ditusuk-tusuk ringan (nyut-nyutan) di bagian tengah perut atas.

* + 1. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan perutnya masih terasa sakit seperti ditusuk-tusuk ringan (nyut-nyutan) di bagian tengah perut atas dengan skala nyeri 3, badannya

terasa lemas, dan merasakan demam untuk saat ini. Sebelum masuk ruang rawat inap (Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya), pasien sebelumnya masuk IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 24 April 2021 pukul 13.00 WIB dengan keluhan yang sama.

* + 1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit typhoid sebelumnya dan sempat rawat inap di RS. Muji Rahayu Surabaya, dan pasien tidak pernah melakukan tindakan operasi.

* + 1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan bahwa ibu kandungnya mempunyai riwayat darah rendah (hipotensi), lingkungan rumah pasien bersih dan ada ventilasinya. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan pasien yaitu suka makan makanan sembarangan/jalanan.

* + 1. Genogram



* + 1. Riwayat Alergi

Tidak ada alergi makanan atau alergi obat-obatan

* + 1. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Pada observasi dan pemeriksaan fisik keadaan umum pasien baik, kesadaran pasien composmentis (membuka mata spontan, berorientasi baik, dapat bercakap-cakap, dapat mengikuti perintah (misalnya mengikuti perintah untuk mengangkat tangan)), tanda-tanda vital pasien (tekanan darah: 100/60

mmHg, nadi: 84x/menit, pernapasan: 21x/menit, suhu: 37,4oC), antropometri pasien (tinggi badan: 155 cm, berat badan sebelum masuk rumah sakit: 41 kg, berat badan setelah masuk rumah sakit: 39 kg).

* + 1. B1 Pernapasan (*Breath*)

Pada bagian pernapasan ditemukan bentuk dada pasien normochest (normal), tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas teratur, pola nafas teratur, suara nafas vesikuler, tidak ada sesak nafas, tidak ada sputum, tidak ada sianosis, tidak nyeri saat bernafas, pergerakan pernafasan simetris/normal, tidak ada kelainan, tidak ada taktil/vocal fremitus, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada batuk, tidak ada warna, tidak ada ekskresi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. B2 Kardiovaskuler (*Blood*)

Pada bagian kardiovaskuler ditemukan ictus cordis pasien kuat, tidak ada nyeri dada, bunyi jantung S1 S2 tunggal, CRT (*Capillary Refill Time*) <2 detik, tidak ada oedema, tidak ada hepatomegali, tidak ada perdarahan, irama jantung teratur, tidak ada bunyi jantung tambahan, akral hangat kelembaban.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. B3 Persarafan (*Brain*)

Pada bagian persarafan ditemukan *Glasgow Coma Scale* (GCS) membuka mata: 4, kemampuan bicara: 5, kemampuan motorik: 6, refleks fisiologis (biceps: fleksi, triceps: fleksi, patella: ekstensi), tidak ada refleks patologis, tidak ada kaku kuduk, tidak ada bruzinski I, tidak ada bruzinski II, tidak ada kernig. Pada nervus kranial NI sampai NXII tidak ada kelainan/nyeri, tidak ada nyeri kepala, tidak ada paralisis. Pada penciuman (bentuk hidung) tidak ada septum, tidak ada polip, tidak ada kelainan.

Pada wajah dan penglihatan tampak mata normal, pupil isokor, konjungtiva berwarna merah muda, warna sklera putih, visus 6/6, tidak ada kelainan, refleks baik +/+, tidak ada gangguan, tampak terlihat wajah menyeringai. Pada pendengaran tampak telinga pasien normal/simetris, tidak ada serumen, tidak ada gangguan, tidak ada kelainan, tidak ada alat bantu. Pada lidah tampak bersih, palatum normal, tidak ada afasia, uvula normal, tidak ada kesulitan menelan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. B4 Perkemihan (*Bladder*)

Pada bagian perkemihan ditemukan kandung kemih normal, ekskresi normal, tidak ada nyeri tekan, frekuensi eliminasi uri sebelum masuk rumah sakit: 4x/hari, jumlah: 1200/24 jam, warna: kuning, frekuensi eliminasi uri saat masuk rumah sakit: 4x/hari, jumlah: 1200/24 jam, warna: kuning, tidak ada alat bantu, tidak ada gangguan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. B5 Pencernaan (*Bowel*)

Pada bagian pencernaan mulut pasien tampak bersih, gigi bersih dan tidak memakai gigi palsu, membran mukosa lembab, tidak ada kesulitan menelan pada faring, pasien masih merasakan mual, diit (makan&minum) sebelum masuk rumah sakit (SMRS): 5x/hari 1 porsi habis. Diit di rumah sakit dalam bentuk diit nasi, nafsu makan berkurang, tidak muntah, tidak mual, tidak terpasang NGT (*nasogastric tube*), porsi makan 4-5 sendok makan, frekuensi minum 4 gelas/hari dengan jumlah 1200 cc/hari jenis air putih. Pada abdomen pasien bentuk perut normal, tidak ada kelainan abdomen, hepar normal, lien normal, bising usus 25x/menit, terdapat nyeri abdomen (**P**: rasa nyeri pada abdomen sering timbul saat pasien beraktivitas maupun tidak, **Q**: rasa nyeri

seperti ditusuk-tusuk, **R**: rasa nyeri menyebar di seluruh bagian abdomen, **S**: skala nyeri 3 (1-10), **T**: nyeri hilang timbul. Pada rectum dan anus pasien tidak ada hemoroid, eliminasi alvi sebelum masuk rumah sakit (SMRS) dengan frekuensi 2x/hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning, eliminasi alvi saat masuk rumah sakit (MRS) dengan frekuensi 2x/3 hari dengan konsistensi padat dan berwarna coklat, tidak ada colostomi.

Masalah Keperawatan : Nyeri Akut dan Konstipasi

* + 1. B6 Muskuluskeletal & Integumen (*Bone*)

Pada bagian muskuluskeletal & integumen pasien tampak rambut dan kulit kepala tidak ada skabies, warna kulit lembab, turgor kulit baik, ROM bebas, kuku baik, tidak ada keterbatasan pada sendi, kekuatan otot 5555, tidak ada deformitas, tidak ada fraktur.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. Endokrin

Tidak ada pembesaran KGB, tidak ada hiperglikemia, tidak ada hipoglikemia, tidak ada DM (Diabetes Mellitus).

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. Seksual Reproduksi

Pada bagian seksual reproduksi pasien pada tanggal 24 April 2021 terdapat data menstruasi terakhir, tidak ada masalah pada menstruasi, tidak melakukan pap smear, tidak melakukan pemeriksaan payudara sendiri tiap bulan, tidak ada masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. Kemampuan Perawatan Diri

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aktivitas** | **SMRS** | **MRS** |
| Mandi | 1 | 2 |
| Berpakaian/dandan | 1 | 2 |
| Toileting/eliminasi | 1 | 1 |
| Mobilitas di tempattidur | 1 | 1 |
| Alat bantu berupa | 1 | 1 |
| Berjalan | 1 | 1 |
| Naik tangga | 1 | 1 |
| Berbelanja | 1 | 1 |
| Memasak | 1 | 1 |
| Pemeliharaan rumah | 1 | 1 |
| Berpindah | 1 | 1 |

Keterangan Skor :

1 = Mandiri, 2 = Alat bantu, 3 = Dibantu orang lain dan alat, 4 = Tergantung/tidak mampu

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. Pemeriksaan Penunjang Laboratorium

Tanggal pemeriksaan : 26 April 2021

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil (satuan)** | **Nilai Normal (satuan)** |
| 1 | WBC | 2,88 (10⋀3/µL) | 4.0 – 10.0 |
| 2 | Neu# | 2,02 (10⋀3/µL) | 2.0 – 7.0 |
| 3 | Neu% | 69,8 (%) | 50.0 – 70.0 |
| 4 | Lym# | 0,52 (10⋀3/µL) | 0.8 – 4.0 |
| 5 | Lym% | 18,0 (%) | 20.0 – 40.0 |
| 6 | Mon# | 10,2 (10⋀3/µL) | 0.12 – 1.2 |
| 7 | Mon% | 0,05 (%) | 3.0 – 12.0 |
| 8 | Eos# | 1,8 (10⋀3/µL) | 0.02 – 0.5 |
| 9 | Eos% | 0,0 (%) | 0.5 – 5.0 |
| 10 | Bas# | 0,2 (10⋀3/µL) | 0.0 – 0.1 |
| 11 | Bas% | 4,71 (%) | 0.0 – 1.0 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 12 | RBC | 12,1 (10⋀6/µL) | 3.5 – 5.5 |
| 13 | HGB | 36,1 (g/dL) | 12.1 – 15.1 |
| 14 | HCT | 76,6 (%) | 37.0 – 54.0 |
| 15 | MCV | 25,7 (fL) | 80.0 – 100.0 |
| 16 | MCH | 33,5 (pg) | 27.0 – 34.0 |
| 17 | MCHC | 13,6 (g/dL) | 32.0 – 36.0 |
| 18 | RDW\_CV | 36,8 (%) | 11.0 – 16.0 |
| 19 | RDW\_SD | 176 (fL) | 35.0 – 56.0 |
| 20 | PLT | 9,3 (10⋀3/µL) | 150.0 – 450.0 |
| 21 | MPV |  | 6.5 – 12.0 |
| 22 | PDW | 10,4 (fL) | 15.0 – 17.0 |
| 23 | PCT | 0,164 (%) | 0.108 – 0.5 |
| 24 | IMG# | 0,0 (10⋀3/µL) | 0.0 – 999.99 |
| 25 | IMG% | 0,0 (%) | 0.0 – 100.0 |

Photo : Tidak ada X-Ray : Tidak ada USG : Tidak ada

Lain – lain : tidak ada

Terapi/Tindakan Lain-lain : Tanggal 26 April 2021

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1 | BFluid : NS | 2 : 2 | IV | Cairan penyuplai nutrisi |
| 2 | Ondansentron | 2 x 8 mg | IV | Pencegahan mual dan muntah |
| 3 | Injeksi Omz | 2 x 1 mg | IV | Mengurangi jumlah asam lambungyang terbentuk oleh tubuh |
| 4 | PCT | 4 x 1 po | Oral | Penurun demam dan pereda nyeri |
| 5 | Cefixime | 2 x 100 mg | Oral | Mengobati sejumlah infeksibakteri |
| 6 | Asam Mefenamat | 500 mg | Oral | Untuk mengurangi atau meredakan nyeri |

Surabaya, 26 April 2021

IVAN

Ttd Perawat

# Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data (Symptom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah (Problem)** |
| 123 | DS : Pasien mengatakan, “ nyeri perut “**P** : Rasa nyeri pada perut sering timbul saat beraktivitas maupun tidak**Q** : Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk ringan (nyut-nyutan)**R** : Rasa nyeri menyebar di seluruh bagian perut**S** : Skala nyeri 3 (1-10)**T** : Nyeri hilang timbulDO :Pasien tampak meringis, Pasien merasakan sulit tidur, Keadaan umum : cukupGCS : E = 4, V = 5, M = 6 TTV :TD : 100/60 mmHg N : 84x/menitS : 37,4oCRR : 21x/menitPasien diberikan terapi: Cefixime 2x100 mg Asam mefenamat 500mg/oralDS : Pasien mengatakan, “ sampai saat ini masih merasakan mual “DO :Nafsu makan pasien berkurang, Bising usus 25x/menit, Pasien diberikan terapi : Ondansentron 2x8 mg Injeksi Omz 2x1 mg, Pasien makan bubur, buah pisang, buah apelDS : Pasien mengatakan, “ BAB hanya bisa 2xdalam 3 hari selama di ruangan “ | Agen pencedera biologisIritasi lambungPenurunan motilitas gastrointestinal | Nyeri Akut (SDKI, D.0077, Hal.172)Nausea(SDKI, D.0076, Hal.170)Konstipasi (SDKI, D.0049, Hal.114) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DO :Porsi makan pasien MRS 3x sehari 4-5 sendok makan, Nafsu makan berkurang, Eliminasi alvi pasien MRS : konsistensi padat, warna coklat, Frekuensi minum pasien MRS : 4 gelas/hari, 1200cc/hari, jenis minuman air putih, Bising usus 25x/menit, Tidak terdapat colostomi, Pada rektum dan anus pasientidak ada hemoroid |  |  |

# Prioritas Masalah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | **Paraf** |
| **ditemukan** | **teratasi** |
| 1 | Nyeri Akut b.d Agen pencedera biologis (SDKI, D.0077, Hal. 172) | 26 April 2021 | 27 April 2021 | IVAN |
| 2 | Nausea b.d Iritasi lambung (SDKI, D.0076, Hal. 170) | 26 April 2021 | 28 April 2021 | IVAN |
| 3 | Konstipasi b.d Penurunan motilitas gastrointestinal (SDKI, D.0049, Hal. 114) | 26 April 2021 | 28 April 2021 | IVAN |

# Rencana Keperawatan

62

62

62

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1 | Nyeri Akut b.d Agen pencedera biologis (SDKI, D.0077, Hal. 172) | **Luaran Utama :****Tingkat Nyeri (SLKI, L.08066, Hal. 145)**Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :1. Keluhan nyeri menurun (dari skala 3 menjadi 0)
2. Meringis menurun (tidak menyeringai sama sekali)
3. Tekanan darah membaik (dari 100/60 mmHg, menjadi rentang normal yakni 120/80 – 130/90 mmHg)
 | **Nyeri Akut b.d Agen pencedera biologis****(SDKI, D.0077, Hal. 172)****Manajemen Nyeri (SIKI, 1.08238, Hal. 201)**1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 | 1. Untuk mengetahui perkembangan PQRST pada pasien
2. Untuk mengetahui perkembangan skala nyeri pada pasien (diharapkan skala nyeri 0)
3. Agar pasien mengetahui nyeri yang dirasakan disetiap waktunya
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 4. Kolaborasi pemberian analgetik,*jika perlu* | 4. Untuk mengurangi rasa nyeri padapasien |
| 2 | Nausea b.d Iritasi lambung (SDKI, D.0076, Hal. 170) | **Luaran Utama :****Tingkat Nausea (SLKI, L.08065, Hal. 144)**Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil :1. Nafsu makan meningkat (nafsu makan pasien meningkat)
2. Keluhan mual menurun (pasien tidak merasakan mual)
3. Perasaan ingin muntah menurun (pasien tidak merasakan ingin muntah kembali)
 | **Nausea b.d Iritasi lambung (SDKI, D.0076, Hal. 170)****Manajemen Mual (SIKI, 1.03117), Hal. 197)**1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan)
2. Monitor mual (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)
3. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
 | 1. Untuk mengetahui penyebab mual pada pasien
2. Untuk mengetahui pertanda mual seperti frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan pada pasien di setiap menitnya
3. Agar pasien tidak merasakan mual terus menerus
 |

63

63

63

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 4. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak | 4. Untuk detoksifikasizat-zat toksik pada pencernaan pasien |
| 3 | Konstipasi b.d Penurunan | **Luaran Utama :****Eliminasi Fekal (SLKI, L.04033, Hal. 23)**Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :1. Kontrol pengeluaran feses meningkat (frekuensi BAB dapat kembali normal saat seperti SMRS)
2. Nyeri abdomen menurun (dari skala nyeri 3 menjadi skala 0)
3. Konsistensi feses membaik (feses pasien kembali normal dengan warna feses kuning, dan konsistensi lembek)
 | **Konstipasi b.d Penurunan** |  |
|  | motilitas gastrointestinal | **motilitas gastrointestinal** |  |
|  | (SDKI, D.0049, Hal. 114) | **(SDKI, D.0049, Hal. 114)** |  |
|  |  | **Manajemen Eliminasi Fekal (SIKI,** |  |
|  |  | **1.04151, Hal. 174)** |  |
|  |  | 1. Identifikasi masalah usus dan | 1. Untuk mengetahui |
|  |  | penggunaan obat pencahar | penyebab nyeri perut |
|  |  |  | yang dirasakan |
|  |  |  | pasien |
|  |  |  | 2. Untuk mengetahui |
|  |  | 2. Monitor buang air besar (mis. | apakah adanya |
|  |  | warna, frekuensi, konsistensi, | perubahan pada |
|  |  | volume) | warna, frekuensi, |
|  |  |  | konsistensi, volume |
|  |  |  | buang air besar pada |
|  |  |  | pasien |
| 64 |

64

64

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat
2. Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, *jika perlu*
 | 1. Agar pasien dapat buang air besar dengan lancar
2. Untuk membantu keluarnya feses pasien jika pasien tetap tidak bisa buang air besar secara normal

(mengejan) |

65

65

65

# Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

66

66

66

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Waktu (Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu (Tgl & jam)** | **Catatan Perkembangan (SOAP)** | **TT** |
| 1 | 26 April2021(16.00 WIB)(16.10 WIB)(16.20 WIB)(16.35 WIB) | 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (lokasi nyeri ada di bagian tengah perut atas, durasi setiap detik terasa, frekuensi sedikit cepat, kualitas standart, intensitas nyeri nyut- nyutan)
2. Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri turun menjadi 2)
3. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri (supaya pasien dapat mengerti dan menilai rasa nyeri yang dirasakannya)
4. Berkolaborasi pemberian analgetik (asam mefenamat 500 mg/oral)
 |  | 26 April2021(20.00 WIB) | S : Pasien mengatakan, “nyeri perut”**P** : Rasa nyeri pada perut sering timbul saat beraktivitas maupun tidak**Q** : Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk sedikit berkurang**R** : Rasa nyeri sudah tidak menyebar di bagian perut**S** : Skala nyeri 2 (1-10)**T** : Nyeri hilang timbulO :Pasien tampak meringis, Pasien merasakan sulit tidur, Keadaan umum : cukup, GCS : E = 4, V = 5, M = 6, TTV : TD : 100/90 mmHg, N : 89x/menit, S: 37,3oC, RR : 21x/menit, Pasien diberikan terapi : Cefixime 2x100 mg, Asam mefenamat 500 mg/oralA : Masalah belum teratasiP : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 26 April2021(16.45 WIB)(16.50 WIB)(17.00 WIB)(18.00 WIB) | 1. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan berkurang)
2. Memonitor mual (frekuensi dan durasi mual tiap menelan makanan, dan tidak parah)
3. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup (mual pada pasien tidak terasa saat sedang tidur)
4. Menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak (seperti bubur, buah pisang, buah

apel) |  | 26 April 72021(20.00 WIB) | S : Pasien mengatakan, “ sampai saat ini masih merasakan mual “O :Nafsu makan pasien berkurang, Bising usus 25x/menit, Pasien diberikan terapi : Ondansentron 2x8 mg, Injeksi Omz 2x1 mg, Pasien makan bubur, buah pisang, buah apel A : Masalah belum teratasiP : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4 |  |
| 3 | 26 April2021(17.00 WIB)(17.30 WIB)(17.40 WIB) | 1. Mengidentifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar (bising usus 25x/menit, obat pencahar yakni laksatif)
2. Memonitor buang air besar (BAB warna coklat, frekuensi BAB 2x dalam 3 hari, konsistensi padat)
3. Menganjurkan mengkonsumsi

makanan yang mengandung |  | 26 April2021(20.00 WIB) | S : Pasien mengatakan, “ BAB hanya bisa 2x dalam 3 hari “O :Porsi makan pasien MRS 3x sehari 4-5 sendok makan, Nafsu makan berkurang, Eliminasi alvi pasien MRS : konsistensi padat, warna coklat, Frekuensi minum pasien MRS : 4 gelas/hari, 1400cc/hari, jenis minuman air putih, Tidakterdapat colostomi, Pada rektum dan anus pasien |  |

67

6

67

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | tinggi serat (buah-buahan, sayur- sayuran hijau) |  | 8 | tidak ada hemoroidA : Masalah belum teratasiP : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3 |  |  |
| 1 | 27 April2021(08.00 WIB)(08.10 WIB)(08.20 WIB)(08.35 WIB) | 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (lokasi nyeri ada di bagian tengah perut atas, durasi setiap detik terasa, frekuensi sedikit cepat, kualitas standart, intensitas nyeri nyut- nyutan)
2. Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri turun menjadi 0)
3. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri (supaya pasien dapat mengerti dan menilai rasa nyeri yang dirasakannya)
4. Berkolaborasi pemberian analgetik (asam mefenamat 500 mg/oral)
 |  | 27 April2021(11.30 WIB) | S : Pasien mengatakan, “ nyeri perut sudah hilang ”**P** : Rasa nyeri pada perut sudah tidak timbul kembali saat beraktivitas maupun tidak**Q** : Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk sudah hilang**R** : Rasa nyeri sudah hilang di bagian perut**S** : Skala nyeri 0 (1-10)**T** : Nyeri sudah tidak terabaO :Pasien sudah tidak tampak meringis, Pasien sudah tidak merasakan sulit tidur, Keadaan umum : cukup, GCS : E = 4, V = 5, M = 6, TTV : TD :110/70 mmHg, N : 87x/menit, S : 37,1oC, RR : 22x/menit, Pasien diberikan terapi : Cefixime 2x100 mg, Asam mefenamat 500 mg/oralA : Masalah teratasiP : Intervensi dihentikan |  |
| 68 |

68

6

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 27 April2021(09.00 WIB)(09.15 WIB)(09.25 WIB)(10.30 WIB) | 1. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan pasien sedikit bertambah)
2. Memonitor mual (frekuensi dan durasi mual tiap menelan makanan, dan tidak parah)
3. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup (mual pada pasien tidak terasa saat sedang tidur)
4. Menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak (seperti bubur, buah pisang, buah apel)
 |  | 27 April 92021(11.30 WIB) | S : Pasien mengatakan, “ mual yang dirasakannya sedikit berkurang “O :Nafsu makan pasien sedikit bertambah, Bising usus 25x/menit, Pasien diberikan terapi : Ondansentron 2x8 mg, Injeksi Omz 2x1 mg, Pasien makan bubur, buah pisang, buah apel A : Masalah belum teratasiP : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4 |  |
| 3 | 27 April2021(10.00 WIB)(10.15 WIB) | 1. Mengidentifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar (bising usus 25x/menit, obat pencahar yakni laksatif)
2. Memonitor buang air besar (BAB warna coklat, frekuensi BAB 3x dalam 4 hari, konsistensi padat)
3. Menganjurkan mengkonsumsi
 |  | 27 April2021(11.30 WIB) | S : Pasien mengatakan, “ BAB sudah ada perubahan yakni frekuensi 3x dalam 4 hari “O :Porsi makan pasien MRS 3x sehari 6-7 sendok makan, Nafsu makan sedikit bertambah, Eliminasi alvi pasien MRS : konsistensi padat, warna coklat, Frekuensi minum pasien MRS : 4gelas/hari, 1400cc/hari, jenis minuman air |  |

69

6

69

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | (10.40 WIB) | makanan yang mengandung tinggi serat (buah-buahan, sayur- sayuran hijau) |  | 0 | putih, Tidak terdapat colostomi, Pada rektum dan anus pasien tidak ada hemoroidA : Masalah belum teratasiP : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3 |  |
| 2 | 28 April2021(13.00 WIB)(13.10 WIB)(13.25 WIB)(14.30 WIB) | 1. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan pasien bertambah)
2. Memonitor mual (frekuensi dan durasi mual sudah tidak terasa)
3. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup (mual pada pasien sudah hilang / tidak terasa)
4. Menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak (seperti bubur, buah pisang, buah

apel) |  | 28 April2021(16.00 WIB) | S : Pasien mengatakan, “ mual yang dirasakannya sudah tidak terasa/hilang “O :Nafsu makan pasien bertambah, Bising usus 25x/menit, Pasien diberikan terapi : Ondansentron 2x8 mg, Injeksi Omz 2x1 mg, Pasien makan bubur, buah pisang, buah apel A : Masalah teratasiP : Intervensi dihentikan |  |
| 3 | 28 April2021(14.00 WIB)(14.15 WIB) | 1. Mengidentifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar (bising usus 25x/menit, obat pencahar yakni laksatif)
2. Memonitor buang air besar (BAB

warna coklat, frekuensi BAB 2x |  | 28 April2021(16.00 WIB) | S : Pasien mengatakan, “ BAB sudah ada perubahan ke arah normal yakni frekuensi 2x/hari “O :Porsi makan pasien MRS 3x sehari 7-8 sendok makan, Nafsu makan bertambah, Eliminasi alvi |  |

7

70

70

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | (14.30 WIB) | dalam sehari, konsistensi lembek)3. Menganjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat (buah-buahan, sayur- sayuran hijau) |  | 1 | pasien MRS : konsistensilembek, warna kuning, Frekuensi minum pasien MRS : 5 gelas/hari, 1800cc/hari, jenis minuman air putih, Tidak terdapat colostomi, Pada rektum dan anus pasien tidak ada hemoroidA : Masalah teratasiP : Intervensi dihentikan |  |

7

71

71

# BAB 4 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Dispepsia di ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, diagnosa, pelaksanaan, dan evaluasi.

# Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada saat awal MRS keluhan utama yang dirasakan pasien adalah perut terasa sakit seperti ditusuk-tusuk ringan (nyut-nyutan) di bagian tengah perut atas, skala nyeri yang dirasakan saat awal MRS adalah skala 5 (1-10). Pada pemeriksaan fisik keadaan umum dan tanda- tanda vital : TD: 100/60 mmHg, Nadi: 84x/menit, RR: 21x/menit, S: 37,4 oC. Perubahan tanda-tanda vital seperti suhu meningkat.

Pada saat pengkajian tanggal 26 April 2021 suhu pasien 37,4oC. Pada tinjauan kasus didapatkan data fokus pasien tidak nafsu makan, pasien diare selama 2x dalam 3 hari, BAB padat berwarna coklat, mukosa bibir lembab, mata normal, konjungtiva merah muda, pasien menghabiskan makan 4-5 sendok makan dari makanan yang disediakan, minum ± 1200cc/hari dengan

jenis air putih, BAK warna kuning bau khas urin dan tidak mengalami distensi abdomen. Didapatkan data pengkajian pasien mengeluh nyeri perut, nyeri perut sering timbul saat beraktivitas maupun tidak, rasa nyeri seperti ditusuk- tusuk ringan (nyut-nyutan) pada bagian tengah perut atas, rasa nyeri menyebar di seluruh bagian perut, skala nyeri 3 (1-10), nyeri hilang timbul.

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa pasien menderita penyakit dispepsia. Penyakit dispepsia yang diderita pasien dapat terjadi diakibatkan oleh perilaku pasien sendiri yakni makan-makanan sembarangan/jalanan.

# Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 4 yaitu : (Maiti & Bidinger, 2019)

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis.
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
3. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

Diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus ada 3 yaitu :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (SDKI, D.0077, Hal.

172)

1. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung (SDKI, D.0076, Hal. 170)
2. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (SDKI, D.0049, Hal. 114)

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Dispepsia secara

umum sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien secara langsung. Dan pada kasus ini, diagnosa pasien yang muncul sesuai dengan tinjauan pustaka yakni nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis. Pasien dapat didiagnosa tersebut karena pasien merasakan nyeri pada bagian tengah perut atas dengan skala 3 (1-10) saat dikaji. Nyeri tersebut timbul dikarenakan selama SMRS pasien sering makan-makanan sembarangan/jalanan. Secara nalar saja, jika makan-makanan sembarang/jalanan yang tidak higienis maka dapat menyebabkan sakit perut yang disebabkan oleh bakteri-bakteri yang menempel pada makanan pinggir jalan tersebut. Dan salah satu bakterinya adalah *Helicobacter Pylori*, bakteri ini merupakan bakteri penyebab penyakit Dispepsia.

# Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif), dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil telah ditetapkan.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma). Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam,

maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun (dari skala 3 menjadi 0), meringis menurun (tidak menyeringai sama sekali), tekanan darah membaik (dari 100/60 mmHg, menjadi rentang normal yakni 120/80 mmHg – 130/90 mmHg).

Nausea berhubungan dengan iritasi lambung. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil nafsu makan meningkat (nafsu makan pasien meningkat), keluhan mual menurun (pasien tidak merasakan mual), perasaan ingin muntah menurun (pasien tidak merasakan ingin muntah kembali)

Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil kontrol pengeluaran feses meningkat (frekuensi BAB dapat kembali normal saat seperti SMRS), nyeri abdomen menurun (dari skala nyeri 3 menjadi skala 0), konsistensi feses membaik (feses pasien kembali normal dengan warna feses kuning, dan konsistensi lembek).

# Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan klien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun

faktor penghambat yang penulis alami. Hal – hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainny, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Pada masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) dilakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (**P**: rasa nyeri pada perut sering timbul saat beraktivitas maupun tidak, **Q**: rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk, **R**: rasa nyeri menyebar diseluruh bagian perut, **S**: skala nyeri 3 (1-10), **T**: nyeri hilang timbul), mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri 3 (1-10)), menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, berkolaborasi pemberian analgetik.

Pada masalah keperawatan nausea berhubungan dengan iritasi lambung dilakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan pasien berkurang diusahakan berubah menjadi nafsu makan pasien bertambah), memonitor mual (mis. memantau frekuensi mual setiap menitnya, memantau durasi mual dalam setiap menitnya, dan tingkat keparahannya bagaimana), menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup untuk mengurangi rasa mual pada pasien, menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak (seperti buah-buahan, sayur-sayuran).

Pada masalah keperawatan konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal dilakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar (klien diberikan terapi ondansentron 2x8 mg, Injeksi omz 2x1 mg, Cefixime 2x100 mg), memonitor buang air besar (frekuensi 2x/3hari, konsistensi padat, berwarna coklat), menganjurkan

mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan klien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

# Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu pelaksanaan evaluasi pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny. E sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 01 Mei 2021.

# BAB 5 PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus Dispepsia di ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Dispepsia.

# Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Dispepsia, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

Pada pengkajian pasien didapatkan data fokus pasien diare selama 2x dalam 3 hari, BAB pasien padat dan berwarna coklat, pasien tidak nafsu makan, pasien merasakan mual, mukosa bibir lembab, mata normal, konjungtiva merah muda, pasien menghabiskan 4-5 sendok makan dalam satu porsi yang disediakan dan minum ±1200 cc/hari dan pasien masih belum bisa BAB, BAK 1200cc/hari warna kuning, bau khas dan tidak mengalami distensi abdomen. Didapatkan data pengkajian pasien mengeluh nyeri perut seperti ditusuk-tusuk ringan (nyut-nyutan), nyeri hilang timbul, skala nyeri 3 (1-10).

Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut, nausea, konstipas

# Saran

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Dispepsia hendaknya perlu diperhatikan hal-hal berikut :

* + 1. Sebelum melakukan anamnesa hendaknya lebih dahulu melakukan pendekatan antara klien dengan keluarga agar tercipta hubungan saling percaya dan semua masalah dapat terkaji.
		2. Perencanaan dan pelaksanaan yang akan dilakukan pada klien hendaknya dapat sesuai dengan keadaan klien.
		3. Perawat adalah sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan yang lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan dengan Dispepsia.
		4. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada di pasien.
		5. Tingkat pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif dengan harapan perawat dapat mempunyai respon yang tinggi terhadap keluhan pasien sehingga intervensi yang didapatkan bisa membantu menyelesaikan masalah.

# DAFTAR PUSTAKA

Jurnal :

Israil. (2018). *Pengaruh Bubur Tepung Tapioka Kombinasi Madu (Caiba pentandra) terhadap Skala Nyeri Epigastrik pada Penderita Dispepsia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Siring Kecamatan Samarinda Utara [skripsi]. Samarinda: Fakultas Ilmu Kesehatan dan Farmasi Un*.

Kedokteran, P. S., Kedokteran, F., Islam, U., & Syarif, N. (2019). *FAKULTAS KEDOKTERAN UIN SYARIF HIDAYATULLAH JAKARTA TAHUN 2019*.

Maiti, & Bidinger. (2019). Studi Kasus Asuhan Keperawatan. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699.

Pramana, T. Y., Darmayani, A., & Munawaroh, S. (2019). Pemasangan Nasogastric Tube (Ngt). *Buku Pedoman Keterampilan Klinis*, 1–22. https://skillslab.fk.uns.ac.id/wp- content/uploads/2019/02/smt-4-MANUAL-PEMASANGAN-NGT-2019.pdf

Rositha, N. (2018). Tinjauan Pustaka Tinjauan Pustaka. *Convention Center Di Kota Tegal*, *2013*, 6.

Tjahya, A. (2017). Penilaian nyeri. *Academia*, 133–163.<http://www.academia.edu/download/49499859/pemeriksan-dan-penilaian-nyeri.pdf>

Buku :

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta: DPP PPNI.

# Lampiran

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) PEMASANGAN NGT**

1. Pengertian.

Pemasangan Pipa Nasogastric Tube (NGT) adalah prosedur memasukkan pipa panjang yang terbuat dari polyurethane atau silicone melalui hidung, Pharynx, esofagus sampai kedalam lambung dengan indikasi tertentu.

Gambar Anatomi Nasus (Anfis Book, 2019)



Gambar Anatomi Pharynx (Anfis Book, 2019)



Gambar Oesophagus dan Gaster (Anfis Book, 2019)

1. Kontraindikasi

Kontraindikasi pemasangan pipa nasogastric tube (NGT) meliputi :

* 1. Pasien dengan jejas maxillofacial atau fraktur basis cranii fossa anterior. Pemasangan NGT melalui nasal berpotensi untuk misplacement NGT melalui fossa cribiformis, menyebabkan penetrasi ke intrakranial
	2. Pasien dengan riwayat striktur esofagus dan varises esofagus
	3. Pasien dengan tumor esofagus
1. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi akibat pemasangan pipa nasogastrik :

* 1. Iritasi hidung, sinusitis, epistaksis, rhinorrhea, fistula esofagotrakeal akibat pemasangan NGT jangka lama
	2. Pneumonia aspirasi
	3. Hipoksia, sianosis, atau henti nafas akibat intubasi trakeal
1. Persiapan alat
	1. Memeriksa ketersediaan alat.
	2. Pipa nasogastric ukuran : Dewasa : ukuran 16-18 Anak : ukuran 12-14
	3. Jelly untuk lubrikasi
	4. Stetoskop
	5. Plester untuk fiksasi
	6. Spuit
2. Persiapan pasien
	1. Menjelaskan indikasi pemasangan NGT sesuai dengan kondisi pasien
	2. Menjelaskan prosedur pemasangan NGT
	3. Meminta persetujuan pasien
	4. Meminta pasien duduk atau berbaring terlentang
3. Prosedur pemasangan dan penilaian adekuasi NGT
	1. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri, memastikan identitas pasien, menjelaskan dan meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan
	2. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan
	3. Meminta pasien duduk atau berbaring terlentang
	4. Memeriksa lubang hidung yang akan digunakan untuk insersi
	5. Mempersiapkan pipa nasogastrik
	6. Mengukur panjang pipa yang akan digunakan dengan cara mengukur panjang dari tengah telinga ke puncak hidung lalu diteruskan ke titik antara *processus xiphoideus* dan umbilicus lalu ditandai dengan melihat skala pada pipa

Gambar Mengukur Panjang Pipa NGT (Anfis Book, 2019)

* 1. Mengoleskan lubrikan pada ujung pipa sepanjang 15 cm pertama untuk melicinkan
	2. Memasukkan ujung pipa melalui lubang hidung sambil meminta pasien untuk melakukan gerakan menelan sampai mencapai batas yang ditandai
	3. Menguji letak NGT apakah sudah sampai lambung dengan menggunakan metode Whoosh Tes :
		1. Memasang membran stetoskop setinggi epigastrium kiri
		2. Melakukan aspirasi udara dengan spuit 10 cc
		3. Memasang spuit 10 cc yang telah berisi udara ke NGT
		4. Menyemprotkan udara yang berada di dalam spuit dengan cepat sambil mendengarkan ada tidaknya suara “whoosh” pada stetoskop. Jika terdengar suara “whoosh” maka NGT telah masuk ke dalam lambung. Jika terdengar maka selang NGT dimasukkan/dikeluarkan beberapa cm. Kemudian dilakukan pengulangan metode “whoosh” hingga terdengar suara pada stetoskop
		5. Bila ujung pipa tidak berada di lambung segera tarik pipa, dan coba memasangnya lagi. Bila penderita mengalami sianosis atau masalah respirasi segera tarik pipa
		6. Bila pipa telah ditempatkan dengan tepat, fiksasi pipa menggunakan plester pada muka dan hidung, hati-hati jangan menyumbat lubang hidung pasien
		7. Mengalirkan ke dalam kantong penampung yang disediakan atau menutup ujung pipa bila tidak segera digunakan dengan cara melipat ujung pipa nasogastric tube (NGT). Bila digunakan untuk memasukkan makanan, dihubungkan dengan spuit
		8. Memberikan edukasi mengenai perawatan pipa nasogastric tube (NGT) dan rencana penggantian pipa nasogastric tube (NGT)
		9. Merapikan alat dan membuang bahan medis habis pakai ke tempat sampah medis
		10. Membuka sarung tangan, lalu mencuci tangan
1. Pelepasan Pipa Nasogastric Tube (NGT)
	1. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri, memastikan identitas pasien, menjelaskan dan meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan
	2. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan
	3. Meminta pasien duduk atau berbaring terlentang
	4. Melepaskan plester
	5. Mencabut pipa nasogastric tube (NGT) dengan perlahan
	6. Merapikan alat dan membuang bahan medis habis pakai ke tempat sampah medis
	7. Membuka sarung tangan, lalu mencuci tangan (Pramana et al., 2019)