

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN GANGGUAN
SISTEM PENCERNAAN : SINDROM DISPEPSIA DI RUANG
RAWAT INAP PUSKESMAS SINDANGRATU**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

DISUSUN OLEH :

RIZAL PURNAMA

KHGA 18160



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

2021

LEMBAR PERSETUJUAN

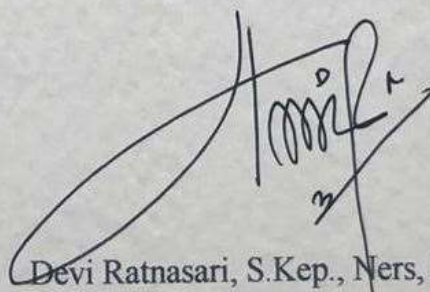
JUDUL :ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : SINDROM
DISPEPSIA DI RUANG RAWAT INAP PUSKESMAS
SINDANGRATU

NAMA : RIZAL PURNAMA

NIM : KHG.A 18160

Garut, Juli 2021

Menyetujui,
Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Devi Ratnasari', is written over a large, loopy oval shape.

Devi Ratnasari, S.Kep., Ners, M. Kep

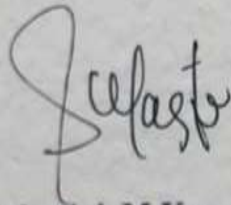
LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : DISPEPSIA DI
RUANG RAWAT INAP PUSKESMAS SINDANGRATU
NAMA : RIZAL PURNAMA
NIM : KHG.A 18160

Garut, Juli 2021

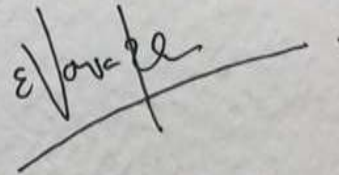
Menyetujui,

Penguji I



Sulastini, M.Kep

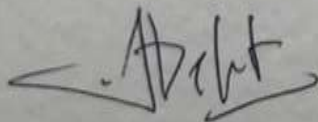
Penguji II



Eldessa Vavarilla, M.Kep

Mengetahui,

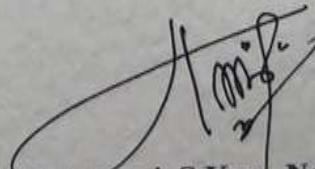
Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K.Dewi Budiarti, M.Kep

Mengesahkan,

Pembimbing



Devi Ratnasari, S.Kep, Ners, M. Kep

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN DISPEPSIA ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : SINDROM DISPEPSIA DI RUANG RAWAT INAP PUSKESMAS SINDANGRATU

Karya tulis ini dilatar belakangi oleh Kasus dispepsia di dunia mencapai 13-40% dari total populasi setiap tahun (Lusisusanti, 2012). Maka dari itu penulis mencoba membuat asuhan keperawatan yang berfokus pada kasus pasien yang mengalami dyspepsia / sindrom dyspepsia di salah satu rumah sakit daerah kabupaten Ciamis. Metode yang digunakan adalah metode studi kasus, dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi kepustakaan, studi dokumentasi, dan partisipasi aktif penulis. Melalui asuhan keperawatan ini didapatkan hasil pengkajian pasien yang mengalami sindrom dyspepsia memiliki beberapa masalah keperawatan yaitu nyeri akut, ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan kekurangan volume cairan. Kesimpulan yang dapat diambil pada tahap pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi / perencanaan, implementasi dan evaluasi ditemukan adanya hambatan semuanya lancar berkat kerjasama antara klien, keluarga dan perawat ruangan.

Kata kunci : sindrom dyspepsia, Asuhan Keperawatan sindrom dyspepsia

Daftar Pustaka, 13 Buku, 1 situs jurnal, 3 laporan (2000-2020)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Sindrom Dispepsia (Sd) Di Ruang Rawat Inap Bougenvile 1 Di Rumah Sakit Umum Daerah Kab Ciamis”**.

Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis tidak menyadari ketidak mampuan dan keterbatasan ilmu pengetahuan yang dimiliki penulis, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga penulisan ini dapat disempurnakan.

Dengan selesainya laporan tugas akhir ini, tidak terlepas dari bantuan, pengarahan, dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Dr. (HC). H. Amas Setiana, selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. D. Saefudin, S.Sos, MM.Kes selaku ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi M.Kes selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep selaku ketua Program studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Ibu Devi Ratnasari, S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang telah banyak membantu, membimbing, dan memberikan petunjuk serta dorongan dengan penuh kesabaran dan tanggung jawab.
6. Seluruh staff dosen dan karyawan Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan begitu banyak pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi kepada penulis mengikuti pendidikan.
7. Kepada Pihak Puskesmas Sindangratu beserta staff yang telah memberikan kesempatan dan bantuan serta kerjasama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
8. Pasien Ny. M Beserta keluarga atas kesediaannya bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
9. Kepada kedua orang tua yang saya cintai yang telah memberikan semua kasih sayangnya untuk penulis yang tiada batasnya dan tanpa pamrih, semoga Allah SWT memberikan kebahagiaan di dunia dan di akhirat.
10. Kepada adik saya yang saya cinta yang telah memberikan dukungan, motivasi dan kasih sayangnya.
11. Kepada sahabat, teman-teman seperjuangan yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat dalam pembuatan laporan ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, semoga orang-orang yang terlihat dalam penyusunan laporan ini semoga mendapat

balasan kebaikan dari Allah SWT. Tidak ada satu imbalan apapun yang dapat penulis berikan, hanyalah doa yang tulus.

Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat serta karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan ini. Akhir kata penulis berharap semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan umumnya bagi pembaca.

Garut, Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang.....	1
B. Tujuan penulisan	3
C. Metode telaahan	5
D. Sistematika penyusunan	6
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN	7
A. Konsep dasar	7
1. Definisi.....	7
2. Anatomi fisiologi	8
3. Patofisiologi	10
4. Manifestasi klinis	12
5. Komplikasi	12
6. Pemeriksaan penunjang.....	14
B. Tinjauan teoritis asuhan keperawatan pada klien SD	15
1. Pengkajian.....	15
2. Analisa data.....	19
3. Diagnosa keperawatan	22

4. Perencanaan.....	23
5. Implementasi.....	27
6. Evaluasi.....	27
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	29
A. Laporan kasus.....	29
1. Pengkajian.....	29
2. Analisa data	37
3. Proses keperawatan	41
4. Catatan perkembangan	47
B. Pembahasan.....	48
1. Pengkajian.....	48
2. Diagnosa keperawatan	50
3. Perencanaan.....	51
4. Implementasi.....	52
5. Evaluasi.....	53
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	54
A. Kesimpulan	54
B. Rekomendasi.....	56
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1. Analisa Data	19
Tabel 2.2. perencanaan	23
Tabel 3.1 pola aktivitas sehari hari	35
Tabel 3.2 pemeriksaan penunjang	36
Tabel 3.3 terapi obat	36
Tabel 3.4 analisa data	37
Tabel 3.5 proses keperawatan	41
Tabel 3.6 catatan perkembangan	47

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 1.1 Lambung, Esofagus, dan Duodenum.....	10

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

1. Pengertian Dispepsia

Dispepsia merupakan istilah yang umum dipakai untuk suatu sindrom atau kumpulan gejala yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual, muntah, kembung cepat kenyang, rasa perut penuh. Keluhan tersebut dapat secara bergantian dirasakan pasien atau bervariasi baik dari segi jenis keluhan ataupun kualitasnya (Yuriko, 2013).

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 atau duodenum, penyakit refluks gastroesofagus, dan kanker lambung (Purnamasari, 2017).

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 mencari pertolongan medis (Yuriko, 2013).

Data dispepsia di Ruangan Rawat Inap Puskesmas Pakenjeng, dari bulan Januari 2020 sampai Juli 2021 jumlah pasien yang masuk dengan dispepsia sebanyak 204 orang. (Register Ruang Rawat Inap Puskesmas Pakenjeng, 2020).

Dispepsia dapat menimbulkan beberapa dampak yang dapat mengakibatkan gangguan pada penderita antara lain, pendarahan, kanker lambung, muntah darah dan terjadinya ulkus peptikus (Purnamasari, 2017).

Peran perawat dalam pengobatan pasien dengan dispepsia yaitu fokus pada pengajaran klien tentang penyebab dispepsia dan makanan yang mungkin memperburuk penyakit, perawat juga bertanggung jawab untuk membantu klien dalam mengkaji faktor-faktor yang dapat memicu peningkatan manifestasi stres, konsumsi makanan dan alkohol, menghentikan asupan makanan iritatif seperti kopi dan sejenisnya (Dinoyo, 2013).

Masalah keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan dispepsia yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dan Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (Ida, 2016).

Berdasarkan data di atas, penulis tertarik untuk menyusun sebuah Karya Tulis Ilmiah **“Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Dispepsia di Ruangan Rawat Inap Puskesmas Pakenjeng.”**

B. Tujuan Studi Kasus

a. Tujuan Umum

Menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada Ny. M dengan Dispepsia Di Ruang Rawat Inap Puskesmas Pakenjeng.

b. Tujuan Khusus

1. Mampu menggambarkan hasil Pengkajian Pada Ny. M dengan Dispepsia Di Ruang Rawat Inap Puskesmas Pakenjeng.
2. Mampu mengidentifikasi Diagnosa keperawatan Pada Ny. M dengan Dispepsia Di Ruang Rawat Inap Puskesmas Pakenjeng.
3. Mampu mengidentifikasi Intervensi keperawatan Pada Ny. M dengan Dispepsia Di Ruang Rawat Inap Puskesmas Pakenjeng..
4. Mampu mengidentifikasi Implementasi keperawatan Ny. M dengan Dispepsia Di Ruang Rawat Inap Puskesmas Pakenjeng.

5. Mampu mengidentifikasi Evaluasi keperawatan Pada Ny. M dengan Dispepsia Di Ruang Rawat Inap Puskesmas Pakenjeng.

C. Metode Telaahan

Metode yang digunakan adalah metode deskriptif analitik, sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut :

1. Wawancara

Menanyakan atau tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang di hadapi pasien yang disebut juga dengan anamnesa, yang bertujuan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan pasien, serta untuk menjalin hubungan antara mahasiswa dengan pasien.

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan terhadap klien dengan menggunakan panca indra kepada klien untuk memperoleh data yang obyektif tentang masalah klien dengan Dispepsia.

3. Pemeriksaan Fisik

Mengumpulkan data obyektif tentang masalah Dispepsia dengan cara inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.

4. Studi Dokumentasi

Memperoleh data yang didapatkan dari status klien dan anamnesa, wawancara secara langsung kepada klien melalui catatan dokumentasi

asuhan keperawatan yang telah dilakukan di Puskesmas Samarang Kabupaten Garut.

5. Studi Kepustakaan

Hal ini dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teoritis yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang didapat dengan fakta yang ada di lahan praktek, diperoleh kesenjangan, mencari penyebab dan pemecahan masalah.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penyusunan yang digunakan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri atas BAB yaitu:

1. BAB I PENDAHULUAN

Berisikan latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

2. BAB II TINJAUAN TEORITIS

Menjelaskan tentang konsep dasar penyakit yang meliputi pengertian, etiologi, anatomi fisiologis, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang, komplikasi, konsep tumbuh kembang pada anak usia infant, dampak hospitalisasi pada anak, konsep dasar keperawatan, analisa data, diagnosa keperawatan yang mungkin muncul, perencanaan, serta fokus intervensi dan rasional.

3. BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Memaparkan tentang pengelolaan kasus yang dilakukan oleh penulis di Rumah Sakit yang meliputi tahapan pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan yang di ambil, intervensi, implementasi, evaluasi dan catatan perkembangan serta mengupas, mengamati, dan memberikan solusi dengan alasan ilmiah yang dapat dipertanggung jawabkan. Pembahasan dirumuskan berdasarkan pada diagnose keperawatan yang di tegakkan. Pembahasan terkait kesenjangan antara teori dan kenyataan dilapangan yang dilakukan dalam pendokumentasian baik dalam pengkajian sampai dengan catatan perkembangan. Pembahasan juga meliputi masalah yang seharusnya muncul tetapi tidak muncul pada kasus.

4. BAB IV PENUTUP

Berisikan kesimpulan dan saran yang mengacu pada tujuan serta usulan yang sifatnya lebih operasional atau aplikatif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Dispepsia

1. Pengertian Dispepsia

Dispepsia merupakan rasa nyeri atau tidak nyaman di bagian ulu hati. Kondisi ini dianggap gangguan di dalam tubuh yang diakibatkan reaksi tubuh terhadap lingkungan sekeliling. Reaksi ini menimbulkan gangguan ketidakseimbangan metabolisme dan seringkali menyerang individu usia produktif, yakni usia 30-50 tahun (Ida, 2016).

Dispepsia adalah suatu gejala yang ditandai dengan nyeri ulu hati, rasa mual dan kembung. Gejala ini bisa berhubungan/ tidak ada hubungan dengan makanan (Nugroho Taufan, 2011).

Dispepsia adalah bentuk tidak enak, episodik atau persisten yang berkaitan dengan abdomen (Inayah Iin, 2004).

Jadi Dispepsia adalah rasa tidak enak pada ulu hati yang berhubungan atau tidak ada hubungan dengan makanan yang menimbulkan gangguan ketidakseimbangan metabolisme dan menyerang usia produktif.

2. Klasifikasi Dispepsia

Pengelompokan mayor dispepsia terbagi atas dua yaitu:

- 1) Dispepsia Organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya. Sindrom dyspepsia organik terdapat kelainan yang nyata terhadap organ tubuh misalnya tukak (*ulkuspeptikum*), *gastritis*, *stomach cancer*, *gastroesophageal refluxdisease*, *hyperacidity*.
- 2) Dispepsia Non Organik (DNU), atau dyspepsia fungsional, atau Dispepsia Non Ulkus (DNU), bila tidak jelas penyebabnya. Dispepsia fungsional tanpa disertai kelainan atau gangguan struktur organ berdasarkan pemeriksaan klinis, laboratorium, radiologi, dan endoskopi (Ida, 2016).

3. Etiologi Dispepsia

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

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

1. Bakteri *Helicobacter pylori*.

Bakteri tersebut hidup di bawah lapisan selaput lendir sendiri adalah untuk melindungi kerusakan dinding lambung akibat produksi asam lambung. Infeksi yang diakibatkan bakteri *helicobacter* menyebabkan peradangan pada dinding lambung.

2. Merokok

Rokok akan merusak lapisan pelindung lambung. Oleh karena itu orang yang merokok lebih sensitive terhadap dispepsia maupun ulser.

3. Stres

Stres bisa menyebabkan terjadi perubahan hormonal di dalam tubuh. Perubahan itu akan merangsang sel-sel dalam lambung yang kemudian memproduksi asam secara berlebihan. Asam yang berlebihan ini membuat lambung terasa nyeri, perih dan kembung.

4. Efek samping obat-obatan tertentu

Konsumsi obat penghilang rasa nyeri seperti obat anti inflamasi nonsteroid (OAINS) misalnya aspirin, ibuproven yang terlalu sering dapat menyebabkan penyakit gastritis, baik itu gastritis akut maupun kronis.

5. Mengonsumsi obat-obatan tertentu

Minum-minuman yang mengandung alkohol dan kafein seperti kopi dapat meningkatkan produksi asam lambung berlebihan hingga akhirnya terjadi iritasi dan menurunkan kemampuan fungsi dinding lambung.

6. Alkohol

Mengonsumsi alkohol dapat mengiritasi dan mengikis permukaan lambung.

7. Mengonsumsi makanan terlalu pedas dan asam.

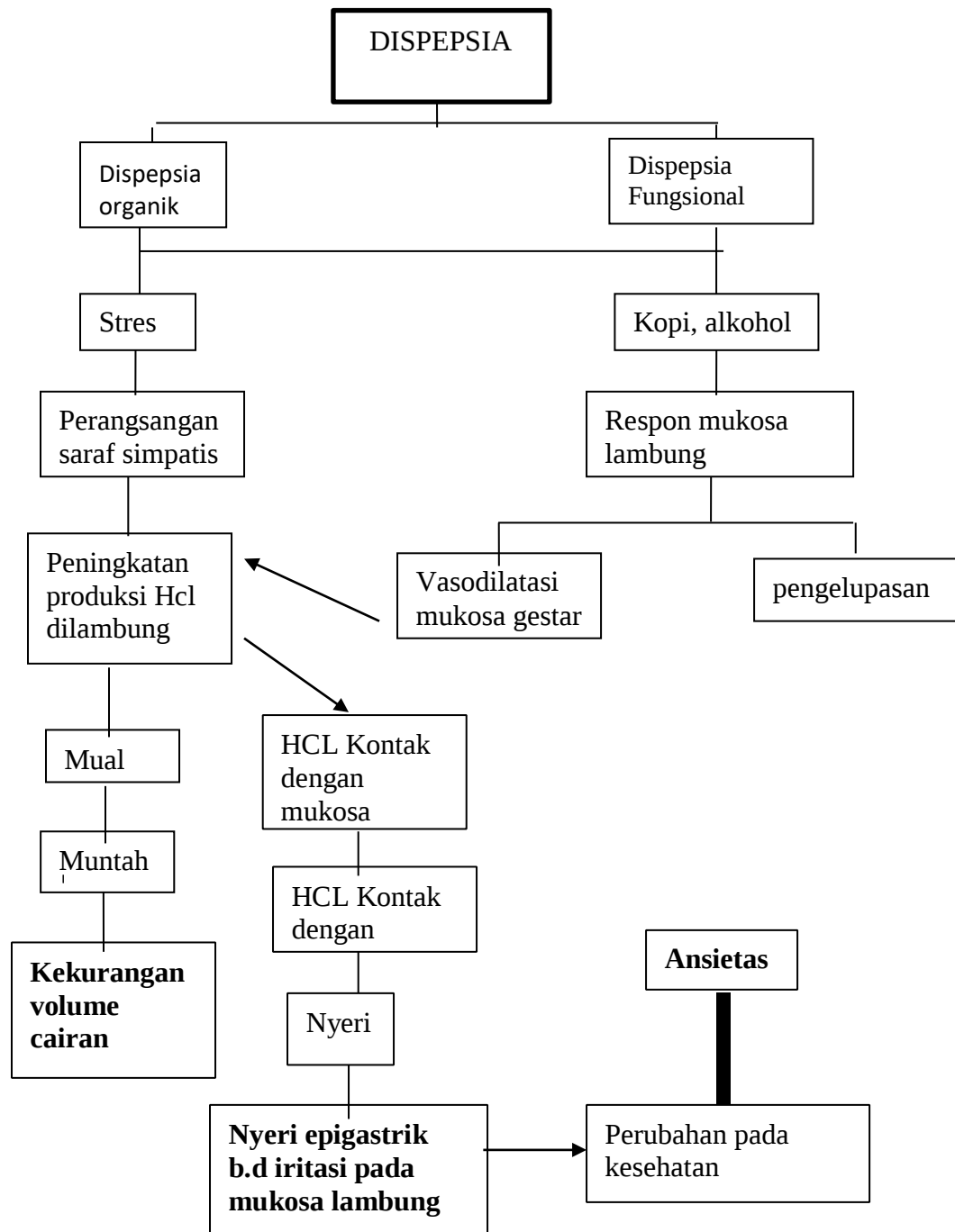
Minum-minuman yang mengandung alkohol dan kafein seperti kopi dan mengonsumsi makanan pedas dapat meningkatkan produksi asam lambung berlebihan hingga akhirnya terjadi iritasi dan menurunkan kemampuan fungsi dinding lambung.

4. Gejala Klinis

Adanya gas diperut, rasa penuh setelah makan, perut menonjol, cepat kenyang, mual, tidak ada nafsu makan dan perut terasa panas. Rasa penuh, cepat keyang, kembung setelah makan, mual muntah, sering bersendawa, tidak nafsu makan, nyeri ulu hati dan dada atau regurgitas asam lambung ke mulut. Gejala dispepsia akut dan kronis berdasarkan jangka waktu tiga bulan meliputi: rasa sakit dan tidak enak di ulu hati, perih, mual, berlangsung lama dan sering kambuh dan disertai dengan ansietas dan depresi (Purnamasari, 2017).

Dispepsia Perubahan pada kesehatan ansietas dispepsia fungsional, dispepsia organik, respon mukosa lambung, perangsangan saraf simpatik, kopi, alkohol, stress, nyeri, kontak dengan mukosa gaster, vasodilatasi mukosa gaster, mual, peningkatan produksi Hcl di lambung, muntah, kekurangan volume cairan, pengelupasan, nyeri epigastrik berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung, defisit pengetahuan.

5. Patway Dispepsia



Sumber: (Ida 2016)

6. Pemeriksaan Penunjang

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

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 malabsorpsi. Seseorang yang diduga menderita dyspepsia ulkus sebaiknya diperiksa derajat keasaman lambung. Jika diduga suatu keganasan, dapat diperiksa *tumormarker* (dugaan karsinoma kolon), dan (dugaan karsinoma pankreas).

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.

Endoskopi biasa digunakan untuk mendapatkan contoh jaringan dari lapisan lambung melalui tindakan biopsi. Pemeriksaan nantinya di bawah mikroskop untuk mengetahui apakah lambung terinfeksi *Helicobacter pylori*. Endoskopi merupakan pemeriksaan bakuemas, selain sebagai diagnostik sekaligus terapeutik.

Pemeriksaan penunjang lainnya seperti foto polos abdomen, serologi *H. pylori*, *urea breath test*, dan lain-lain dilakukan atas dasar indikasi (Ida, 2016).

7. Penatalaksanaan Dispepsia

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 dyspepsia mengenal beberapa obat, yaitu: Antasida, Pemberian antasida tidak dapat dilakukan terus-menerus, karena hanya bersifat simptomatis untuk mengurangi nyeri. Obat yang termasuk golongan ini adalah simetidin, ranitidin, dan famotidine. Pemasangan cairan pariental, pemasagan Naso Gastrik Tube (NGT) jika diperlukan (Amelia, 2018).

8. Komplikasi Dispepsia

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

B. Konsep asuhan keperawatan Dispepsia

1. Pengkajian Keperawatan

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 didada dan perut, regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba) (Ida, 2016).

Adapun proses pengkajian yaitu pengkajian primer (primary assessment). Primary Assessment dengan data subjektif yang didapatkan yaitu keluhan utama: nyeri pada perut dan mengeluh mual muntah. Keluhan penyakit saat ini: mekanisme terjadinya. Riwayat penyakit terdahulu: adanya penyakit saraf atau riwayat cedera sebelumnya, kebiasaan minum alkohol, konsumsi medikasi anticoagulant atau agen anti platelet, adanya alergi, dan status imunisasi (Ida, 2016).

Data objektif: Pengkajian sekunder terdiri dari keluhan utama yaitu, adanya mual muntah-curigai apendisitis atau obstruksi usus, nyeri epigastrium yang kolik, curigai gastritis atau gastroenteritis, anoreksia dengan diare. Riwayat sosial dan medis yaitu, riwayat penggunaan dan penyalagunaan alkohol. Curigai penyakit hati, penyalahgunaan obat intra vena, gejala putus obat, pembedahan abdomen sebelumnya, curigai adanya obstruksi usus, penyakit hati atau gastritis. Alasan mencari pengobatan yaitu, identifikasi

perubahan pada gejala: identifikasi kontak dengan pemberi perawatan kesehatan lainnya untuk penyakit ini. Pengobatan sebelum masuk rumah sakit yaitu mengidentifikasi penggunaan obat-obatan buatan rumah, perubahan pada diet, penggunaan obat yang dijual bebas. Nyeri yaitu catat riwayat dan durasi nyeri dan gunakan metode pengkajian nyeri yaitu *Provocate*,: *Quality, Region, Severe, dan Time*. PQRST (Pamela, 2011).

2. Diagnosa keperawatan

Menurut (Ida, 2016) diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan dispepsia yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

3. Intervensi keperawatan

Berikut ini adalah intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien dengan dispepsia yaitu:

Diagnosa keperawatan pertama nyeri akut berhubungan dengan agen iritasi mukosa lambung, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) goal: pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. Objektif: Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x30 menit, diharapkan pasien

akan menunjukkan outcomes: kontrol nyeri, tingkat nyeri berkurang, nyeri efek yang mengganggu dan nyeri: respon psikologis tambahan. *Nursing Interventions Classification* (NIC) Manajemen nyeri, kode: 3016 dengan intervensi: 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, 2) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat, 3) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti relaksasi, terapi musik, aplikasi panas/ dingin dan pijatan), 4) Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik, 5) Dukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.

Diagnosa keperawatan kedua 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: setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan 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) Manajemen nutrisi, Kode: 1100 dengan intervensi: 1) Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makan (misalnya bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat), 2) Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum

makan, 3) Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan, 4) Pastikan makanan disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal

Diagnosa keperawatan ketiga kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. *Nursing Outcomes Classification* (NOC) goal: pasien akan mempertahankan status cairan yang adekuat selama dalam perawatan. Objektif: setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x60 menit pasien akan menunjukkan outcomes: keseimbangan cairan (0601), keseimbangan elektrolit (0606) dan hidrasi (0602). *Nursing Interventions Classification* (NIC) Manajemen cairan, kode: 4120 dengan intervensi: 1) Jaga intake atau asupan yang akurat dan catat output (pasien), 2) Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik, 3) Berikan cairan dengan tepat.

4. Implementasi 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 (Ida, 2016).

Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan dispepsia yaitu fokus pada pengajaran klien tentang penyebab dispepsia dan makanan yang mungkin memperburuk penyakit, bantu klien untuk

mengkaji faktor-faktor yang dapat memicu peningkatan manifestasi seperti stres, konsumsi makanan dan alkohol, menghentikan asupan makanan iritatif seperti kopi dan sejenisnya (Dinoyo, 2013).

5. 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 (Ida, 2016).

Menurut Wong, dkk (2009: 1202) mengatakan bahwa keefektifan keperawatan ditentukan oleh pengkajian ulang dan evaluasi asuhan secara kontinu berdasarkan pedoman observasi yaitu :

1. Observasi dan wawancara pasien dan keluarga mengenai kepatuhan mereka pada program medis dan diet.
2. Pantau tanda vital, pengukuran pertumbuhan, laporan laboratorium, perilaku, penampilan.

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1) Pengumpulan Data

a. Identifikasi Klien

Nama	: Ny.M
Usia	: 52 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Kp.Jati Hurip rt/rw 001/002 Tegal Geude
Diagnosa Medis	: Dispepsia

b. Riwayat penyakit sekarang

Ny.M mengatakan selalu merasa nyeri pada ulu hati.

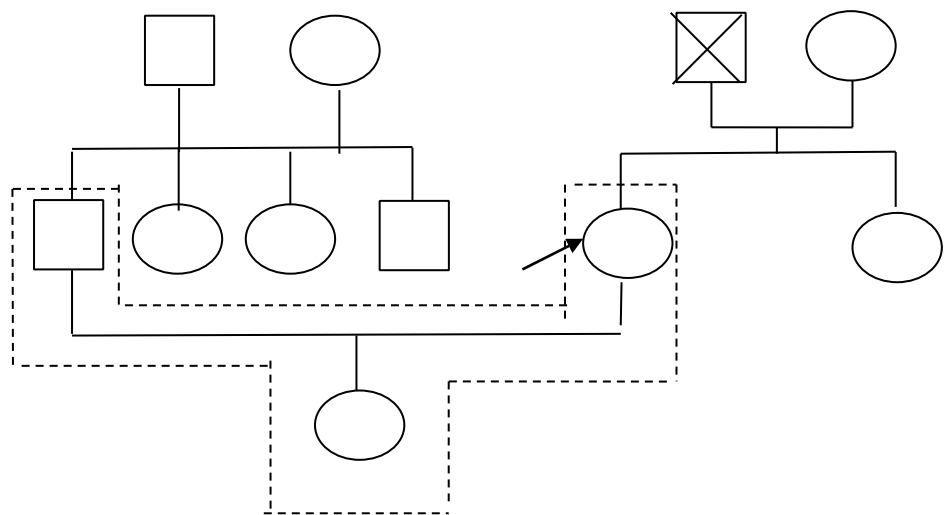
c. Riwayat penyakit dahulu

Ny.M mengatakan punya riwayat penyakit Dispepsia

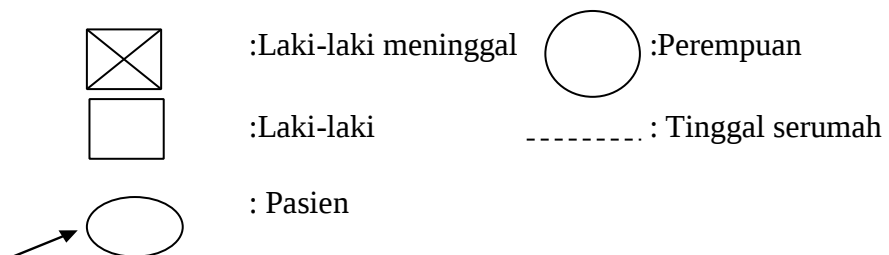
d. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama seperti Ny.m

Bagan 3.1 Genogram



Keterangan :



Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan, TD: 100/70 mmHg, RR: 18x/menit, N: 77x/menit, S: 36,5⁰C. Kepala dan leher: Bentuk, ukuran dan posisi kepala normal, tidak ada lesi, tidak ada masa, observasi wajah simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, tidak menggunakan kacamata, penglihatan tidak kabur, tidak ada nyeri pada mata saat dipalpasi, tidak pernah melakukan operasi pada mata, pasien tidak mengalami gangguan pendengaran, tidak ada nyeri pada telinga saat dipalpasi, pasien tidak memiliki riwayat penyakit pada telinga diantaranya Rhinitis, Polip, Sinusitis dan Epistaksis, gigi tampak bersih, tidak ada karies gigi, pasien tidak menggunakan gigi palsu, pasien tidak mengalami gangguan pada saat berbicara, tidak ada nyeri saat menelan, tidak ada pembesaran pada kelenjar leher. Kardiovaskuler: tidak ada keluhan nyeri di dada kiri, kesadaran composmentis, GCS E4V5M6= 15, bentuk dada normal, bibir normal tidak sianosis, kuku normal tidak sianosis, capillary refill time kurang dari 3 detik, tidak terdapat udem pada kedua ekstremitas atas dan bawah, saat diauskultasi bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada bunyi jantung tambahan S3 (gallop) dan S4, tidak ada murmur.

Respiratori: Pasien tidak sesak napas, irama napas teratur, tidak ada retraksi dinding dada, saat diperkusi tidak ada cairan, tidak ada udara dan tidak ada massa, bunyi napas normal, tidak terdengar ronchi ataupun wheezing. Pencernaan: Saat ditanya pasien mengatakan tidak ada keluhan, turgor kulit kembali cepat, keadaan bibir lembab, tidak ada luka pada mulut, tidak ada tanda-tanda peradangan pada mulut, keadaan gusi normal, tidak ada

luka pada abdomen, tidak ada pembesaran pada perut, tidak ada luka pada rektal, pasien tidak mengalami hemoroid ataupun perdarahan, bising usus 14x/menit, saat diperkusi tidak ada cairan, tidak ada udara dan tidak ada masa pada abdomen, tidak ada nyeri pada abdomen saat dipalpasi. Persarafan: Kesadaran composmentis, GCS E4V5M6= 15, pupil mengecil saat diberi cahaya, pasien tidak mengalami kejang, tidak mengalami kelumpuhan, refleks normal. Muskuloskeletal: Pasien dapat melakukan aktifitas tanpa dibantu oleh keluarga ataupun perawat, tidak ada kelainan pada ekstremitas atas maupun bawah, tidak ada nyeri otot, ada nyeri sendi, kekuatan otot:

$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

Integumen: Turgor kulit baik, tidak ada petekie. Perkemihan: Saat ini pasien tidak mengalami gangguan pada sistem perkemihan seperti kencing menetes, inkontinensia, poliuria, anuria, oliguria. Pasien tidak menggunakan kateter, kandung kencing tidak membesar, intake cairan 1000 cc/hari, parenteral: terpasang infus Ringer laktat 500 cc dalam 24 jam 8 tpm. Reproduksi: Tidak ada keluhan.

Pola kegiatan sehari-hari. Nutrisi: Saat ini pola makan pasien diatur dengan jadwal makan pagi jam 07.00, makan siang jam 12.00 dan makan malam jam 19.00, nafsu makan pasien menurun, pasien mengatakan semua makanan disukai, dalam sehari pasien biasanya minum air sebanyak 4-5 gelas, keluarga pasien mengatakan saat ini pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan dari

porsi makanan yang disediakan, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8 (normal), pasien tampak mual dan muntah. Eliminasi: Pasien mengatakan BAK dalam sehari bisa 3-4x, berwarna kuning, tidak ada perubahan sebelum dan saat sakit, untuk kebiasaan BAB pasien mengatakan 1x dalam sehari dengan konsistensi normal. Olahraga atau aktivitas: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya suka bermain bulu tangkis, dan kegiatan itu tidak dilakukan secara rutin. Istirahat atau tidur: Saat sakit jam tidur pasien meningkat, waktu pasien lebih banyak digunakan untuk tidur dan istirahat, pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur, pasien biasanya tidur malam jam 22.00 dan bangun jam 04.00, tidur siang jam 13.00 dan bangun jam 15.00.

Pola interaksi sosial: Pasien mengatakan orang yang terdekat adalah suami dan anak, sebelum sakit pasien sering mengikuti kegiatan kerohanian di mesjid seperti pengajian, pasien mengatakan jika ada masalah selalu dibicarakan dengan suami, interaksi antara pasien dan keluarga baik.

Kegiatan keagamaan atau spiritual: Saat dikaji pasien mengatakan sebelum sakit selalu ke mesjid setiap hari jumat untuk pengajian dan selalu terlibat dalam kegiatan kerohanian di masjid.

Keadaan psikologis selama sakit: Pasien berharap segera sembuh agar dapat melakukan aktivitas seperti biasa, pasien dapat berinteraksi dengan baik dan kooperatif terhadap setiap pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 14 Juli 2019 jam 09:40 didapatkan hasil yaitu ureum 19 mg/dL, kreatinin 0,5 mg/dl, pemeriksaan urin didapatkan pH urin 6,0, mg/dl BJ 1,015 mg/dl.

2. Analisa Data

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.

DS: Pasien mengatakan nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk benda tajam yang menjalar ke perut bagian bawah. DO: Pasien tampak meringis kesakitan, TTV TD: 100/70 mmHg, N: 77x/menit, skala nyeri 5 (nyeri sedang), pasien tampak memegang perut saat nyeri muncul.

- b. Risiko ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan

DS: Pasien mengatakan sering merasa mual pada saat makan dan muntah 1 kali.

DO: Pasien tampak lemah, pasien tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan dan hanya menghabiskan 3 sendok makan, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8, pasien tampak mual pada saat makan.

3. Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.
2. Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan.

4. Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.

NOC: Kepuasan klien: manajemen nyeri, Kode: 3016.

Tingkat persepsi positif terhadap perawatan untuk mengurangi rasa sakit dipertahankan pada 2 (agak puas) ditingkatkan ke 4 (sangat puas).

NIC: Manajemen nyeri, Kode: 1400.

Intervensi :

- a. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset atau durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.
- b. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat.
- c. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti relaksasi, terapi musik, aplikasi panas atau dingin dan pijatan).
- d. Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik.

e. Dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.

2. Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan.

NOC: Nafsu makan, Kode: 1014.

Keinginan untuk makan dipertahankan pada 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke 4 (sedikit terganggu).

NIC: Manajemen nutrisi, Kode: 1100.

Intervensi:

- a. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makan (misalnya bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat).
- b. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
- c. Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan.
- d. Pastikan makanan disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan mulai tanggal 15 Juni sampai 17 Juni 2021. Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik.

Implementasi pada hari pertama Senin, 15 Juni 2021, dilakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat.

Diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 08.00 Mengkaji skala nyeri pasien, 2) Jam 10.00 Mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi respon nyeri, 4) Mengukur tanda-tanda vital, 5) Jam 13.20 Melayani injeksi Ceterolac 40 mg/IV untuk membantu mengurangi nyeri. P

Diagnosa 2: Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, tindakan yang dilakukan adalah: 1) Jam 12.00 Memberikan makan pada pasien, 2) Jam 12.20 Monitor mual dan muntah, 3) Monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien.

Implementasi pada hari kedua Selasa, 16 Juni 2021, dilakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat.

Diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 07.40 Mengkaji skala nyeri yang dirasakan pasien, 2) Jam 10.00 Melayani injeksi Pumpisel 40 mg/IV, 3)

Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak bergerak, 4) Mengukur tanda-tanda vital pasien.

Diagnosa 2: Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, tindakan yang dilakukan adalah: 1) Jam 11.20 Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, 2) Jam 12.00 Memberikan makan pada pasien dan mengatur posisi semi fowler, 3) Jam 12.20 Monitor mual dan muntah,

Monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien.

Implementasi pada hari pertama Ke-tiga, 17 Juni 2021, dilakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat.

Diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 08.00 Mengkaji skala nyeri yang dirasakan pasien, 2) Jam 10.00 Melayani injeksi Pumpisel 40 mg/IV, 3) Jam 11.10 Mengukur tanda-tanda vital pasien.

Diagnosa 2: Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, tindakan yang dilakukan adalah:

- 1) Jam 11.40 Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi,
- 2) Jam 12.00 Memberikan makan pada pasien, 3) Jam 12.20 Monitor mual dan muntah,

3) Monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan mulai tanggal 15 Juni sampai 17 Juni 2021. Evaluasi keperawatan dilakukan setelah dilakukan implementasi keperawatan.

Evaluasi keperawatan pada hari pertama Senin, 15 Juni 2021 untuk diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tindakan yang dilakukan yaitu, **S**: pasien mengatakan masih merasakan nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk dan muncul pada saat pasien banyak bergerak, **O**: TTV TD: 100/70 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 77x/menit, RR: 18x/menit, pasien tampak meringis dan memegang perut saat nyeri muncul, skala nyeri 5 (nyeri sedang) muncul, **A**: masalah belum teratasi, **P**: Intervensi no. 1-5 dilanjutkan. Untuk diagnosa 2: Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, **S**: pasien mengatakan mual dan sempat muntah 1 kali pada pagi hari, **O**: pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan dari porsi yang disediakan, pasien tampak mual, pasien tidak muntah, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8. **A**: masalah belum teratasi, **P**: Intervensi 1-5 dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan pada hari kedua Selasa, 16 Juni 2021 untuk diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tindakan yang dilakukan yaitu, **S**: pasien mengatakan masih merasakan nyeri di ulu hati tetapi sudah berkurang tidak seperti hari kemarin, **O**: TTV TD: 110/60

mmHg, S: 37⁰C, N: 75x/menit, RR: 20x/menit, skala nyeri 4 (nyeri sedang), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan, **A:** masalah belum teratasi, **P:** Intervensi 1-5 dilanjutkan. Untuk diagnosa **2:** Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, **S:** pasien mengatakan mual sudah berkurang, **O:** pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual dan muntah, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8. **A:** masalah belum teratasi, **P:** Intervensi 1-5 dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan pada hari Ketiga, 17 Juni 2021 untuk diagnosa **1:** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tindakan yang dilakukan yaitu, **S:** pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang dan hanya muncul jika pasien terlalu banyak bergerak, **O:** TTV TD: 110/70 mmHg, S: 36,4⁰C, N: 75x/menit, RR: 19x/menit, skala nyeri awalnya 5 (nyeri sedang) menjadi 2 (nyeri ringan), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan, **A:** masalah belum teratasi, **P:** Intervensi 1-5 dilanjutkan. Untuk diagnosa **2:** Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, **S:** pasien mengatakan tidak mual, **O:** pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual dan muntah, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8. **A:** masalah teratasi, **P:** Intervensi dihentikan.

B. Pembahasan

a. Pengkajian Keperawatan

Purnamasari (2017) menyatakan bahwa pasien dengan dispepsia akan mengalami tanda dan gejala seperti adanya rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, mual, tidak ada nafsu makan dan perut terasa panas, mual muntah, sering bersendawa, nyeri ulu hati dan dada atau regurgitas asam lambung ke mulut. Berdasarkan kasus nyata tidak semua tanda dan gejala seperti pada teori ditemukan pada Ny.M. Tanda dan gejala yang ditemukan pada Ny. M diantaranya ada mual, muntah, ada nyeri di ulu hati, terjadi penurunan nafsu makan.

Berdasarkan teori, faktor pencetus terjadinya dispepsia adalah bakteri *Helicobacter pylori*, merokok, stres, efek samping obat-obatan, alkohol, mengkonsumsi makanan terlalu pedas dan asam. Berdasarkan kasus nyata pada Ny. M ditemukan pasien masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri ulu hati yang disebabkan setelah sebelumnya pasien mengkonsumsi makanan yang pedas, hal ini disebabkan karena makanan pedas dapat menyebabkan iritasi lambung dan juga dapat meningkatkan sekresi asam lambung.

Keluhan utama pada pasien dengan dispepsia menurut teori yaitu nyeri pada perut dan mengeluh mual muntah. Pada kasus Ny. M ditemukan adanya keluhan nyeri pada ulu hati dan menjalar ke perut bagian bawah

dan ditemukan adanya mual dan muntah, sehingga menurut penulis tidak ada perbedaan antara teori dan kasus nyata.

Ida (2016) menyatakan bahwa perlu ditanyakan pada pasien tentang riwayat penyakit terdahulu seperti adanya penyakit saraf atau riwayat cedera sebelumnya, kebiasaan minum alcohol, konsumsi medikasi anticoagulant atau agen anti platelet, adanya alergi, dan status imunisasi. Berdasarkan data yang ditemukan pada Ny.M tidak ditemukan riwayat penyakit dahulu seperti yang disebutkan.

b. Diagnosa Keperawatan

Ida (2016) menyatakan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan dispepsia yaitu: 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, 2) Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, 3) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Pada kasus Ny. M tidak semua diagnosa pada teori ditemukan pada kasus Ny. M. Pada kasus Ny. M dengan dispepsia hanya ditemukan diagnosa 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, 2) Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan. Sedangkan untuk diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif tidak diangkat karena pada kasus Ny. M tidak

ditemukan tanda dan gejala untuk mendukung diagnosa kekurangan volume cairan diantaranya dehidrasi, muntah, mata tidak cekung, turgor kulit tidak elastis. Hal ini juga dapat terjadi karena pasien telah dirawat satu hari sebelumnya dan sudah diberikan tindakan keperawatan.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang ditetapkan berdasarkan teori pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis yaitu 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset atau durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, 2) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat, 3) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti relaksasi, terapi musik, aplikasi panas atau dingin dan pijatan), 4) Berikan individu penurunan nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik, 5) Dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Pada kasus Ny. P. A. I, semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini digunakan untuk menyelesaikan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis seperti lakukan pengkajian nyeri menggunakan PQRST, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti terapi relaksasi, berikan individu penurunan nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik, menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat.

Diagnosa keperawatan risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, intervensi yang ditetapkan diantaranya 1) Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makan (misalnya bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat), 2) Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, 3) Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan, 4) Pastikan makanan disajikan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang paling cocok untuk konsumsi secara optimal. Pada kasus Ny. M, semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini digunakan untuk menyelesaikan masalah keperawatan resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan seperti anjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, anjurkan pasien untuk makan makanan yang masih hangat dan anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, sehingga menurut penulis tidak ada perbedaan antara teori dan kasus nyata.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan mulai tanggal 15 Juli sampai 17 Juli 2019. Untuk diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus nyata karena semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat diantaranya mengkaji pasien, mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri,

mengukur tandatanda vital, melayani injeksi Ceterolac 40 mg/IV, melayani injeksi Pumpisel 40 mg/IV.

Implementasi keperawatan pada diagnosa risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus nyata karena tindakan yang diberikan pada Ny. M disesuaikan dengan intervensi yang dibuat berdasarkan teori maupun kasus seperti memberikan makan pada pasien, monitor mual dan muntah, monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien, menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, menganjurkan pasien untuk makan makanan yang masih hangat.

e. Evaluasi keperawatan

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan perencanaan dan implementasi. Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung dengan menggunakan metode SOAP. Evaluasi yang dilakukan pada Ny. M sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan.

Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis yaitu pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang dan hanya muncul jika terlalu banyak

bergerak, TTV TD: 110/70 mmHg, S: 36,4⁰C, N: 75x/menit, RR: 19x/menit, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan.

Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan yaitu pasien mengatakan tidak mual, pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual dan muntah, BB: 52 kg, TB: 158 cm, IMT: 20,8.

C. Keterbatas Studi Kasus

Dalam penyusunan studi kasus ini, banyak kendala yang penulis temui sehingga permasalahan ini mempengaruhi studi kasus ini. Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan studi kasus ini membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik. Selain keterbatasan waktu, penulis juga mengalami kesulitan dalam mencari sumber buku yang ingin digunakan, sehingga penulis merasa studi kasus ini mempunyai keterbatasan dan masih jauh dari kesempurnaan dan masih membutuhkan perbaikan dalam penulisan hasil. Oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak yang membangun guna menyempurnakan studi kasus ini.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

4.1.1 Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian pada Ny. M ditemukan nyeri di ulu hati seperti tertusuk-tusuk benda tajam dan menyebar ke perut bagian bawah.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemmukan 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, 2) Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan.

4.1.3 Intervensi Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, intervensi yang dibuat adalah lakukan pengkajian nyeri menggunakan PQRST, ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti terapi relaksasi, berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik, menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat. Diagnosa Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, rencana tindakan yang

dibuat yaitu anjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, anjurkan pasien untuk makan makanan yang masih hangat dan Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi.

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dibuat pada kasus Ny. M setiap hari sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri, mengukur tanda-tanda vital, melayani injeksi Ceterolac 40 mg/IV, melayani injeksi Pumpisel 40 mg/IV, monitor porsi makan yang dihabiskan pasien, monitor adanya mual muntah, memberikan makan pada pasien, menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, menganjurkan pasien untuk makan makanan yang masih hangat.

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang ditemukan untuk diagnosa 1 pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang dan hanya muncul jika pasien terlalu banyak bergerak dengan TTV TD: 110/70 mmHg, S: 36,4⁰C, N: 75x/menit, RR: 19x/menit, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan. Diagnosa 2 risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, pasien mengatakan tidak mual dan ditemukan pasien menghabiskan porsi makanan yang disediakan,

pasien tidak mual dan muntah, BB 52 kg, TB 158 cm, IMT 20,8. masalah teratasi, intervensi dihentikan.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Penulis

Dalam melaksanakan praktek diharapkan menguasai konsep dasar materi yang dibahas dan menyesuaikan dengan keadaan di lapangan praktek sehingga dapat memperkaya wawasan berpikir penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan dispepsia.

4.2.2 Bagi Institusi

Diharapkan dapat memperbanyak fasilitas dalam proses pendidikan dan melengkapi perpustakaan dengan buku-buku keperawatan khususnya buku tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan dispepsia.

4.2.3 Bagi Rumah Sakit

Untuk pihak rumah sakit khususnya perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan dispepsia diharapkan dapat melakukan setiap tindakan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. 2016. *Nursing Interventions Classification*. Edisi Keenam. Indonesia.
- Dinoyo DS. 2013. Buku Ajar keperawatan Medikal Bedah: Sistem Pencernaan. Jakarta: Prenada Media Group.
- Ida M. 2016. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan. Jakarta: Pustaka Baru Press.
- Inayah Iin. 2004. Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. 2016. *Nursing Outcomes Classification*. Edisi Kelima. Indonesia.
- Nugroho Taufan. 2011. Asuhan Keperawatan. Edisi 1. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purnamasari K. 2011. Pedoman Keperawatan Emergensi. Jakarta: EGC.
- Price SA, Wilson LM. 2012. Patofisiologi. Edisi 6. Volume 2. Jakarta : EGC
- Wong LD, Kasprisin CA, Hess CS. 2012. Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik. Edisi 4. Jakarta : EGC

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN

TENTANG DISPEPSIA

Pokok Bahasan : Dispepsia

Sub Pokok Bahasan : Dispepsia

Sasaran : klien dan keluarga Ny. M

Hari/Tanggal : Rabu, 14 November 2020

Tempat : Ruang Rawat Inap Puskesmas Sindangratu

Waktu : ± 15 Menit

I. Tujuan Instruksional Umum

Setelah diberi penyuluhan selama ± 15 menit, klien memahami tentang Penyakit Dispepsia

II. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah diberi penyuluhan selama ± 15 menit, sasaran mampu:

1. Pengertian Dispepsia?
2. Penyebab Dispepsia?
3. Apa Gejala dari Dispepsia?
4. Bagaimana Perjalanan Penyakit Dispepsia?
5. Bagaimana Pencegahan Penyakit Dispepsia?
6. Bagaimana diit untuk penderita lambung atau dyspepsia ?

III. Media Penyuluhan

Leaflet

IV. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Diskusi dan tanda jawab

V. Alokasi Waktu

1. Pembukaan : 2 menit
2. Isi : 10 Menit
3. Penutup : 3 menit

VI. Materi

Terlampir

VII. KEGIATAN PENYULUHAN

No	Kegiatan	Waktu	Uraian Kegiatan	
			Penyuluhan	Peserta
1.	Pembukaan	2 menit	- Mengucapkan salam - Menjelaskan kegiatan yang akan dilaksanakan	- Menjawab salam - Menyetujui kegiatan yang akan dilaksanakan
2.	Inti	10 menit	- Menyampaikan materi - Tanya jawab	- Peserta dapat menjawab pertanyaan meskipun sedikit dibantu dan mengulangi kembali materi yang telah disampaikan
3.	Penutup	3 menit	- Evaluasi - Mengucapkan terima kasih dan salam	- Peserta dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang telah disampaikan - Menjawab salam

VIII. Evaluasi

1. Mampu menjelaskan pengertian Dispepsia
2. Mengetahui penyebab Dispepsia
3. Mengenali gejala dari Dispepsia
4. Mengetahui Perjalanan Penyakit Dispepsia
5. Tahu cara melakukan Pencegahan Penyakit Dispepsia
6. Mampu mengetahui diet yang tepat untuk penderita dyspepsia

MATERI SYNDROMA DISPEPSIA

A. PENGERTIAN

Dispepsia merupakan kumpulan keluhan / gejala klinis yang terdiri dari rasa tidak enak/sakit di perut bagian atas yang menetap atau mengalami kekambuhan. Batasan dispepsia terbagi atas dua yaitu:

- a. Dispepsia organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya
- b. Dispepsia non organik, atau dispepsia fungsional, atau dyspepsia yang tidak jelas penyebabnya.

B. PENYEBAB

1. Perubahan pola makan
2. Pengaruh obat-obatan yang dimakan secara berlebihan dan dalam waktu yang lama
3. Alkohol dan nikotin rokok
4. Stres
5. Tumor atau kanker saluran pencernaan

C. GEJALA SYNDROMA DISPEPSIA

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

6. Perut kembung
7. Rasa panas di dada dan perut
8. Regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba)

D. PERJALANAN PENYAKIT

Perubahan pola makan yang tidak teratur, obat-obatan yang tidak jelas, zat-zat seperti nikotin dan alkohol serta adanya kondisi kejiwaan stres, pemasukan makanan menjadi kurang sehingga lambung akan kosong, kekosongan lambung dapat mengakibatkan luka pada lambung akibat gesekan antara dinding-dinding lambung, kondisi demikian dapat mengakibatkan peningkatan produksi zat asam yang akan merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung, sehingga rangsangan di otak membawa perintah muntah sehingga masukan tidak maksimal baik makanan maupun cairan.

E. PENCEGAHAN

1. Pola makan yang normal dan teratur,
2. Pilih makanan yang seimbang dengan kebutuhan dan jadwal makan yang teratur,
3. Tidak mengkonsumsi makanan yang berkadar asam tinggi, cabai, sayuran yang berkuah santan, alkohol, dan pantang rokok.
4. Bila harus makan obat karena sesuatu penyakit, misalnya sakit kepala, gunakan obat secara wajar dan tidak mengganggu fungsi lambung sebaiknya berobat ke unit kesehatan terdekat.

DIET PADA PENYAKIT DISPEPSIA

A. TUJUAN DIET

Tujuan diet penyakit sindrom dyspepsia adalah untuk memberikan makanan dan cairan secukupnya yang tidak memberatkan lambung serta mencegah dan menetralkan sekresi asam lambung yang berlebihan.

B. SYARAT DIET

- Mudah dicerna, porsi kecil dan sering diberikan
- Energi dan protein cukup, sesuai dengan kemampuan pasien untuk menerimanya.
- Lemak rendah, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total yang ditingkatkan secara bertahap hingga sesuai dengan kebutuhan.
- Rendah serat, terutama serat yang tidak larut air yang ditingkatkan secara bertahap.
- Cairan cukup, terutama bila ada muntah
- Tidak mengandung bahan makanan atau bumbu yang tajam, baik secara termis, mekanis, maupun kimia (dusesuaikan dengan daya terima perorangan)
- Laktosa rendah bila ada gejala intoleransi laktosa; umumnya tidak dianjurkan minum susu terlalu banyak.
- Makan secara perlahan dilingkungan yang tenang
- Pada fase akut dapat diberikan makanan parenteral saja selama 24-48 jam untuk memberi istirahat pada lambung.

C. MACAM DIIT dan INDIKASI PEMBERIAN

Diit Lambung I

- Diet lambung ini diberikan kepada pasien gastritis akut, ulkus peptikum, paska perdarahan, dan tifus abdominalis berat.
- Makanan diberikan dalam bentuk saring dan merupakan perpindahan dari Diet pasca hematemesis-melena, atau setelah fase akut teratasi.
- Makanan diberikan setiap 3 jam selama 1-2 hari saja karena membosankan serta kurang energi, zat besi, tiamin, dan vitamin C.

Diet Lambung II

- Diet lambung II diberikan sebagai perpindahan dari diet lambung I, kepada pasien dengan ulkus peptikum atau gastritis kronis dan tifus abdominalis ringan.
- Makanan berbebtuk lunak, porsi kecil serta diberikan berupa 3 kali makanan lengkap dan 2-3 kali makanan selingan.
- Makanan ini cukup energi, protein, vitamin C, tetapi kurang toamin.

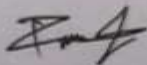
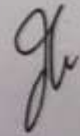
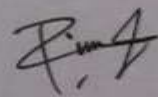
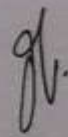
Diet Lambung III

- Diet lambung III diberikan sebagai perpindahan dari diet lambung II pada pasien dengan ulkus peptikum, gastritis kronik, atau tifus abdominalis yang hampir sembuh.
- Makanan berbentuk lunak atau biasa bergantung pada toleransi pasien
- Makanan inii cukup energi dan zat gizi lainnya.

LEMBAR BIMBINGAN

NAMA : RIZAL PURNAMA

NIM : KHGA18160

No	Tanggal	Materi	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1	1 Juli 2021	BAB I	- Perbaiki penulisan subbab Jurnal - data lebih diperdalam		
2	3 Juli 2021	BAB II	- Perbaiki penulisan - lihat perbedaan disporasi atau gagal ginjal		
3	5 Juli 2021	BAB III	- Perbaiki penulisan. - huruf sesuai jurnal - PRAKTIK ditulis secara runt - pembahasan	