

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut profil data kesehatan Indonesia tahun 2011 yang diterbitkan DepKes RI pada tahun 2012, dispepsia termasuk dalam 10 besar penyakit rawat inap di Rumah Sakit tahun 2010. Pada urutan ke-5 dengan angka kejadian kasus sebesar 9594 kasus pada pria dan 15122 kasus pada wanita. Sedangkan untuk 10 besar penyakit rawat jalan di Rumah Sakit tahun 2010, dispepsia berada pada urutan ke-6 dengan angka kejadian kasus sebesar 34981 kasus pada pria dan 53618 kasus pada wanita. Jumlah kasus baru sebesar 88599 kasus. (DepKes RI, 2012) Dispepsia merupakan salah satu gangguan yang diderita oleh hampir seperempat populasi umum dinegara industri dan merupakan salah satu alasan orang melakukan konsultasi ke dokter .

Dispepsia berasal dari bahasa Yunani yaitu *duis bad* (buruk) dan *peptin* (pencernaan). Dispepsia merupakan istilah yang digunakan untuk suatu sindrom atau kumpulan gejala / keluhan yang terdiri dari rasa nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati, kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, perut terasa cepat penuh / begah. Secara garis besar, penyebab sindrom dispepsia ini dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok penyakit organik seperti (tukak peptik, gastritis, batu kandung empedu dan lain-lain) dan kelompok dimana sarana penunjang diagnostik yang konvensional atau baku (radiologi, endoskopi, laboratorium) tidak dapat memperlihatkan adanya gangguan patologis struktural atau biokimiawi, disebut gangguan fungsional. Dispepsia fungsional dibagi menjadi 2 kelompok, yakni *postprandial distress syndrome* dan *epigastric pain syndrome*.

Pasien yang mengalami penyakit dispepsia sering disertai dengan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman dibagian perut. Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan yang dapat dialami oleh setiap orang. Rasa nyeri dapat menjadi peringatan terhadap adanya ancaman yang bersifat aktual maupun potensial. Namun, nyeri bersifat subjektif dan sangat individual. Respons seseorang terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor jenis

kelamin, usia, budaya, dan lain sebagainya. Berbagai faktor tersebut harus menjadi bahan pertimbangan bagi perawat dalam melakukan penatalaksanaan terhadap rawatan nyeri

Dilihat dari tingginya angka kejadian Dispepsia dari hasil praktik klinik di UPT. Puskesmas Medan Area Selatan maka dari itu penulis membantu dan memberikan asuhan keperawatan sesuai data dispepsia. Dari data tersebut di atas, penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Dispepsia Di UPT. Puskesmas Medan Area Selatan.”

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada Ny.S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Dispepsia* Di UPT. Puskesmas Medan Area Selatan.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Dispepsia* Di UPT. Puskesmas Medan Area Selatan .
- b. Mahasiswa mampu melakukan perumusan diagnosa keperawatan pada Ny.S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Dispepsia* Di UPT. Puskesmas Medan Area Selatan.
- c. Mahasiswa mampu melakukan intervensi keperawatan pada Ny.S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Dispepsia* Di UPT. Puskesmas Medan Area Selatan.
- d. Mahasiswa mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny.S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Dispepsia* Di UPT. Puskesmas Medan Area Selatan.
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Dispepsia* Di UPT. Puskesmas Medan Area Selatan.

1.3 Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan adalah metode studi kasus yang dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan.

Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penulisan karya tulis ini adalah :

1.3.1 Studi Kepustakaan

yaitu mengumpulkan bahan-bahan yang sesuai dengan materi makalah ilmiah ini dengan membaca, mempelajari dan memahami buku-buku sumber yang berhubungan dengan makalah ini.

1.3.2 Wawancara

Penulis menggunakan/mengadakan dialog dengan klien, keluarga serta petugas kesehatan lain untuk mendapatkan data yang diperlukan.

1.3.3 Observasi

Observasi adalah kegiatan pemusatan perhatian terhadap suatu obyek dengan menggunakan seluruh alat indera yang dapat dilakukan melalui penglihatan dan pendengaran.

1.3.4 Studi Dokumentasi

Pengumpulan data dengan melalui catatan/arsip di rumah sakit yang berhubungan dengan kesehatan klien yang diperoleh melalui petugas kesehatan.

1.4 Ruang Lingkup Penelitian

Untuk memperjelas masalah yang akan dibahas dan agar tidak terjadi pembahasan yang meluas atau menyimpang, maka perlu kiranya dibuat suatu batasan masalah. Adapun ruang lingkup permasalahan yang akan dibahas dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, yaitu hanya pada lingkup seputar kegiatan akademik pada pasien gangguan sistem Pencernaan "Dispepsia". Ruang lingkup yang dibahas dalam laporan ini mengenai Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Pencernaan "Dispepsia"

1.5 Sistematika Penulisan

BAB I : Pendahuluan meliputi latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan teoritis terdiri dari konsep dispepsia dan asuhan keperawatan.

- BAB III : Tinjauan kasus meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.
- BAB IV : Pembahasan.
- BAB V : Kesimpulan dan saran

BAB II

LANDASAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Dispepsia

2.1.1 Pengertian

Dispepsia merupakan kumpulan keluhan/gejala klinis yang terdiri dari rasa tidak enak/sakit di perut bagian atas yang menetap atau mengalami kekambuhan keluhan refluks gastroesofagus klasik berupa rasa panas di dada (heartburn) dan regurgitasi asam lambung kini tidak lagi termasuk dispepsia (Mansjoer A edisi III, 2000 hal : 488). Batasan dispepsia terbagi atas dua yaitu:

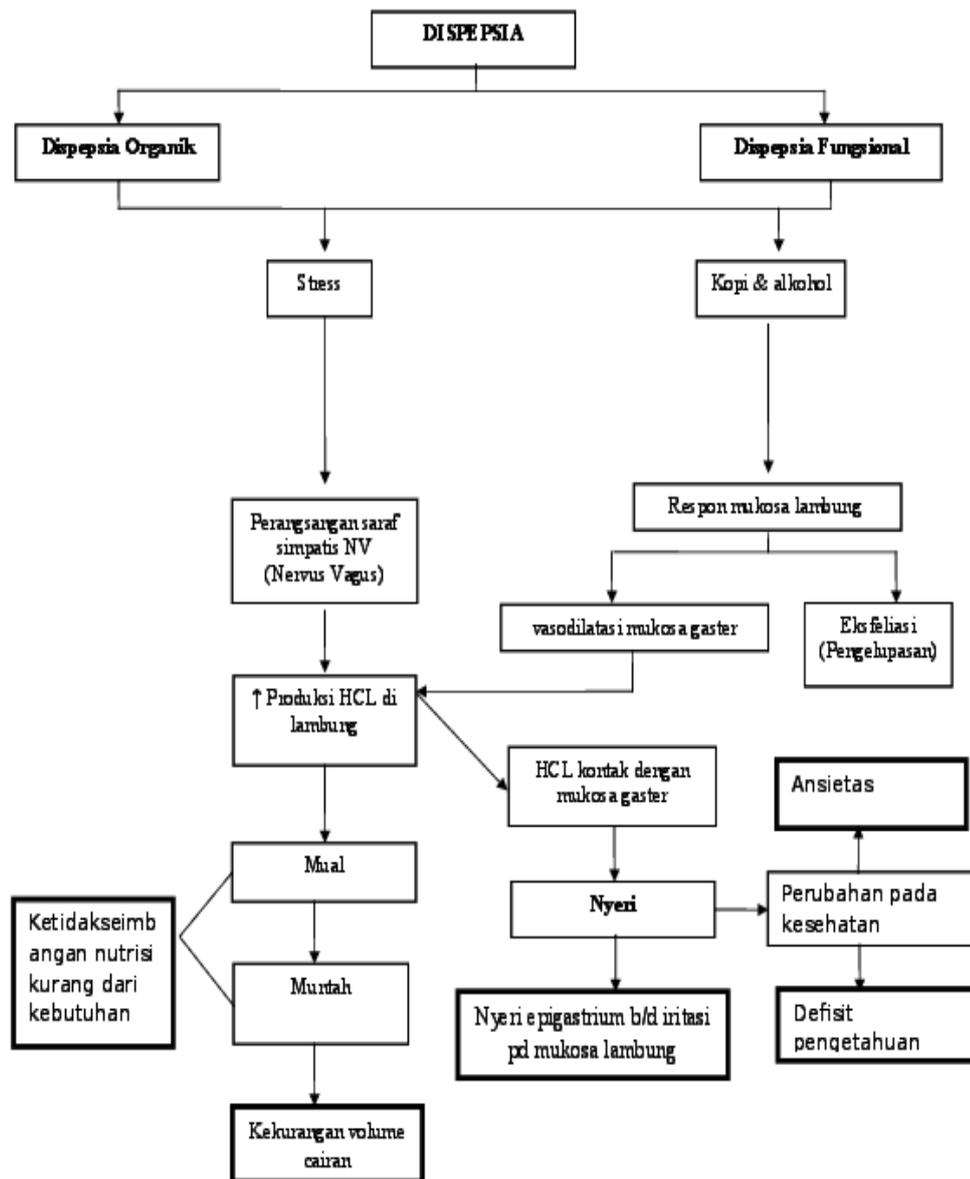
- a. Dispepsia organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya
- b. Dispepsia non organik, atau dispepsia fungsional, atau dispepsia non ulkus (DNU), bila tidak jelas penyebabnya.

2.1.2 Etiologi

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

2.1.3 Patofisiologi

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 erosi pada lambung akibat gesekan antara dinding-dinding lambung, kondisi demikian dapat mengakibatkan peningkatan produksi HCL yang akan merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung, sehingga rangsangan di medulla oblongata membawa impuls muntah sehingga intake tidak adekuat baik makanan maupun cairan.



Gambar 2.1 Patofisiologi

2.1.4 Tanda dan Gejala

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)

2.1.5 Penatalaksanaan Medik

1. Penatalaksanaan non farmakologis
 - a. Menghindari makanan yang dapat meningkatkan asam lambung
 - b. Menghindari faktor resiko seperti alkohol, makanan yang pedas, obat-obatan yang berlebihan, nikotin rokok, dan stres
 - c. Atur pola makan.
2. Penatalaksanaan farmakologis yaitu:

Sampai saat ini belum ada regimen pengobatan yang memuaskan terutama dalam mengantisipasi kekambuhan. Hal ini dapat dimengerti karena proses patofisiologinya pun masih belum jelas. Dilaporkan bahwa sampai 70 % kasus DF reponsif terhadap placebo.

Obat-obatan yang diberikan meliputi antacid (menetralkan asam lambung) golongan antikolinergik (menghambat pengeluaran asam lambung) dan prokinetik (mencegah terjadinya muntah).

2.1.6 Test Diagnostik

Berbagai macam penyakit dapat menimbulkan keluhan yang sama, seperti halnya pada sindrom dispepsia, oleh karena dispepsia hanya merupakan kumpulan gejala dan penyakit disaluran pencernaan, maka perlu dipastikan penyakitnya. Untuk memastikan penyakitnya, maka perlu dilakukan beberapa pemeriksaan, selain pengamatan jasmani, juga perlu diperiksa : laboratorium, radiologis, endoskopi, USG, dan lain-lain.

- i. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium perlu dilakukan lebih banyak ditekankan untuk menyingkirkan penyebab organik lainnya seperti: pankreatitis kronik, diabets mellitus, dan lainnya. Pada dispepsia fungsional biasanya hasil laboratorium dalam batas normal.

ii. Radiologis

Pemeriksaan radiologis banyak menunjang diagnosis suatu penyakit di saluran makan. Setidak-tidaknya perlu dilakukan pemeriksaan radiologis terhadap saluran makan bagian atas, dan sebaiknya menggunakan kontras ganda.

iii. Endoskopi (Esofago-Gastro-Duodenoskopi)

Sesuai dengan definisi bahwa pada dispepsia fungsional, gambaran endoskopinya normal atau sangat tidak spesifik.

iv. USG (ultrasonografi)

Merupakan diagnostik yang tidak invasif, akhir-akhir ini makin faatkan untuk membantu menentukan diagnostik dari suatu penyakit, apalagi alat ini tidak menimbulkan efek samping, dapat digunakan setiap saat dan pada kondisi klien yang beratpun dapat dimanfaatkan

v. Waktu Pengosongan Lambung

Dapat dilakukan dengan scintigafi atau dengan pellet radioopak. Pada dispepsia fungsional terdapat pengosongan lambung pada 30 – 40 % kasus.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Anamnesa meliputi :

1. Identitas Pasien

- a. Nama
- b. Usia
- c. Jenis kelamin
- d. Jenis pekerjaan
- e. Alamat
- f. Suku/bangsa
- g. Agama
- h. Tingkat pendidikan

i. Riwayat sakit dan kesehatan

1. Keluhan utama
2. Riwayat penyakit saat ini
3. Riwayat penyakit dahulu

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan semua data pengkajian, diagnosa keperawatan utama mencakup yang berikut

1. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung.
2. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan rasa tidak enak setelah makan, anoreksia.
3. Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan adanya mual, muntah
4. Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatannya
5. Kurang pengetahuan tentang penatalaksanaan diet dan proses penyakit.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	<p>Nyeri Akut</p> <p>Definisi: Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri(tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untk mengurangi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penentuan intervensi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Perubahan frekuensi jantung 4. Perubahan frekuensi pernapasan 5. Laporan isyarat 6. Diaforesis 7. Perilaku distraksi(mis. Berjalan mondar mandir mencari orang lain) 8. Mengekspresikan perilaku(mis.gelisah,merang kak, menangis) 9. Sikap melindungi area nyeri 10. Masker wajah(mis. Mata kurang bercahaya, ttabak kacau, meringis) 11. Dilatasi pupil 12. Melaporkan nyeri secara verbal 13. Gangguan tidur <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen cedera(mis. Biologis, zata kimia, fisik, psikologis). 	<p>nyeri, mencari bantuan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri(skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 5. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ajarkan pasien tehnik non farmakologi 6. Kolaborasi pemberian berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
2	<p>Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh</p> <p>Definisi:Asupan nutrisi tidak</p>	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nutritional status 2. Nutritional status:food and 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nutrition management: 2. Kaji adanya alergi makanan 3. Monitor turgor kulit, kekeringan, rambut

	<p>cukup untuk memnuhi kebutuhan metabolic.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan 20% atau lebih di bawah berat badan ideal. 2. Diare. 3. Kehilangan rambut berlebihan. 4. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat. 5. Membrane mukosa pucat. 6. Tonus otot menurun. <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Factor biologis 2. Faktor ekonomi 3. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrien 	<p>fluid intake</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Nutritional status: nutrient intake 4. Weight control <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Tidak ada tanda-tanda mal nutrisi 3. Meningkatkan fungsi pncecapan dari menelan 4. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>kusam dan mudah patah</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor mual dan muntah 5. Anjurkn paien untuk meningkatkan intake Fe 6. Anjurkan pasie untuk meningkatkanprotein dan vitamin C 7. Anjurkan pasien untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering 8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien 9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
3	<p>Kekurangan Volume Cairan</p> <p>Definisi: Penurunan cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intravaskuler. Hal ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan tanpa perubahan pada natrium</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan status mental 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fluid balance 2. Hydration 3. Nutritional status: food and fluid intake <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan urine 2. output sesuai 	<p>Fluid management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi(kelembapan membrane mukosa, nadi adekuat, 3. tekanan darah ortostatik) 4. Monitor vital sign

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan tekanan nadi 4. Perubahan volume nadi 5. Perubahan turgor kulit 6. Perubahan turgor lidah 7. Perubahan haluaran urin 8. Perubahan pengisian vena 9. Perubahan membran mukosa kering 10. Kulit kering 11. Peningkatan hematokrit 12. Peningkatan suhu tubuh 13. Peningkatan frekuensi nadi 14. Peningkatan urin 15. Penurunan berat badan 16. Haus 17. Kelemahan <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehilangan cairan aktif 2. Kegagalan mekanisme regulasi 	<p>dengan usia dan BB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal 4. Tidak ada tanda- tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Monitor masukan makanan/ cairan 6. dan hitung intake kalori harian 7. Kolaborasikan pemberian cairan IV 8. Monitor status nutrisi
4	<p>Ansietas</p> <p>Definisi: Peasaan tidak nyaman atau kekwatiran yang samar disertai Perubahan Frekuensi/ Irama Jantung</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku <ol style="list-style-type: none"> a. Gelisah 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiety control 2. Anxiety level 3. Coping <p>kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 2. Identifikasi tingkat kecemasan 3. Bantu pasien untuk mengenali situasi yang menimbulkan kecemasan 4. Dorong pasien untuk

	<ul style="list-style-type: none"> b. Insomnia 2. Affektif <ul style="list-style-type: none"> a. Gelisah, Distres b. Ketakutan c. Perasaan tidak adekuat d. Rasa nyeri meningkat ketidak berdayaan e. Khawatir 3. Fisiologi <ul style="list-style-type: none"> a. Wajah tegang, Tremor tangan b. Gemetar, Tremor 4. Simpatik <ul style="list-style-type: none"> a. Peningkatan denyut nadi b. Parasimpatik c. Letih, Gangguan tidur 5. Kognitif 6. Peningkatan suhu tubuh di atas kisaran normal. 7. Takikardi 8. Kulit terasa hangat. <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pemajanan toksin 2. Infeksi/ kontaminan 3. interpersonal 4. Stres, ancaman kematian 	<ul style="list-style-type: none"> mengungkapkan n gejala cemas 2. Mengidentifikasi , mengungkapkan n dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas 3. Vital sign dalam batas normal 4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan 	<ul style="list-style-type: none"> mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi 5. Instruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi 6. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan
5	<p>Kurang pengetahuan</p> <p>Definisi: Defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan</p>	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Knowledge: disease process 2. Knowledge: 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Teaching: disease process 2. Berikan penilaian

	<p>topic tertentu.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku hiperbola 2. Ketidakakuratan mengikuti perintah 3. Ketidakakuratan melakukan tes 4. Perilaku tidak tepat(apati) 5. Pengungkapan masalah <p>Factor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan kognitif 2. Kurang minat dalam belajar 3. Kurang dapat mengingat 	<p>health behavior</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga mengatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 	<p>tentang tingkat pengetahuan pasien tentang process penyakit yang spesifik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi dengan cara yang tepat 4. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 5. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat.
--	---	--	---

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

A. Identitas Klien

- a. Nama : Ny.S
- b. Usia : 56 tahun
- c. Jenis kelamin : Perempuan
- d. Tanggal Masuk : 13 Juni 2018
- e. Pekerjaan : Pegawai Negeri
- f. Alamat : Medan Area
- g. Suku/bangsa : Jawa
- h. Agama : Islam
- i. Tingkat pendidikan : S1

B. Riwayat Kesehatan

- 1. Keluhan Utama : Nyeri
- 2. Riwayat penyakit sekarang (PQRST)
 - P : Klien mengatakan nyeri akan dirasakan ketika klien makan sesuatu yang asam dan pedis
 - Q : Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti pedis di daerah ulu hati tembus kebelakang dan hilang timbul
 - R : Klien mengatakan nyeri terdapat pada ulu hati
 - S : Klien mengatakan nyeri yang dirasakan pada skala 7 (berat)
 - T : Klien mengatakan Nyeri dirasakan selama \pm 2 hari sebelum klien masuk Puskesmas

C. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan bahwa klien tidak pernah di rawat di Puskesmas sebelumnya.

D. Pemeriksaan Fisik

- 1. Keadaan umum
 - Kesadaran : compos mentis
 - Tanda-tanda vital :
 - TD : 110/70
 - RR: 20x/menit

HR:80/menit

T :37,5 C

2. Aktivitas, latihan dan istirahat
 - a. Keterbatas gerak : tidak
 - b. Lama tidur : 6 jam
 - c. Malam :5 jam siang : 1 Jam
 - d. Kesulitan : tidak
3. Perawatan diri

Ketergantungan sedang
4. Sistem Pernapasan
 - a. Septum nasi : Simetris
 - b. Bentuk dada : Simetris
 - c. RR : 20 x/menit
 - d. Sesak : tidak
 - e. Sianosis : tidak
 - f. Batuk : tidak produktif
 - g. Pola nafas : teratur
 - h. Alat bantu nafas : tidak
5. Sistem kardiovaskular
 - a. Bunyi jantung : Normal
 - b. Edema :Tidak
 - c. Akrrar dingin : Tidak
6. Sisten pesarafan
 - a. Kesadaran : composmentis
 - b. Koma gcs : xv
 - c. Riwayat kejang : Tidak
 - d. Pemeriksaan saraf cranial : Normal
7. Sistem penglihatan
 - a. Mata : Simetris
 - b. Pupil : Isokor
 - c. Reflex cahaya : Positif
 - d. Konjungtiva : Pucat
 - e. Pergerakan bola mata : Ada
 - f. Strabismus : Tidak

- g. Menggunakan alat bantu :Tidak
- 8. Sistem penghidu dan pendengaran
 - 1. Penghidu
 - a. Tulang hidung dan posisi septum nasi : Simetris
 - b. Mulkosa :Lembab
 - c. Secret : Jernih
 - d. Massa :Tidak
 - 2. Pendengaran
 - a. Bentuk telinga :Simetris
 - b. Massa :Tidak
 - c. Benda asing : Tidak
 - d. Secret :Tidak
 - e. Alat bantu :Tidak
- 9. Sistem pencernaan
 - a. Mulut : Bersih
 - b. Mulkosa : lembab
 - c. Mual : Ya
 - d. Muntah : Ya
 - e. Terpasang NGT : Tidak
 - f. Kebersihan genetalia : Bersih
 - g. Secret :Tidak
 - h. Ulkus :Tidak
 - i. Kebersihan meatus uretra : Bersih
- 10. System enodrin
 - a. Hipoglikemia : tidak
 - b. Hipoglikemia : tidak
- 11. Seksualitas : wanita

E. Pola Pemeriksaan Sehari-Hari

No	Kegiatan	Di rumah	Di Puskesmas
1	Nutrisi a. Pola makan b. frekuensi c. nafsu makan d. makanan kesukaan e. makanan pantangan	Nasi,sayur, ikan 3 x 1 sehari Baik Nasi putih Tidak ada	Bubur,sayur, ikan 1 kali sehari Menurun Bubur Tidak ada
2	Cairan (minum) Frekuensi volume minuman yang disukai	Setiap haus 1000 ml/hari Air putih	Setiap haus 800 ml/ hari Air putih
3	Eliminasi BAB Frekuensi Konsisten Warna bau BAK Frekuensi Warna	2 x sehari Lunak Kuning Khas makanan 3 – 4 x sehari Putih	>10 kali cair Coklat Khas makanan 3 – 4 kali/sehari Putih

4	Bau	Pesing	Pesing
	Personal hygiene		
	Mandi	2 x sehari	Hanya dilap
	Cuci rambut	1 minggu 3x	Tidak perna
5	Memotong kuku	1 kali seminggu	Tidak perna
	Penampilan	Cukup bersih	Kusut. Tidak rapi
	Pola istirahat tidur		
	Tidur siang	Tidak pernah	11.00 – 12.00
	Tidur malam	20.00 – 12.00	21.00 – 08.00
		Kebiasaan menahan kencing	Sering terbangun pada saat mau BAB

Tabel 3.1 Pola Kebiasaan Sehari-hari

F. Data psikologis, social dan spiritual

a. Data psikologis

Pasien ingin cepat sembuh dan kembali kerumah

b. Data social

Pasien pandai bergaul dengan orang-orang disekitarnya

c. Data spiritual

Pasien beragam islam dan rajin beribadah

G. Data Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

a. Darah lengkap

- b. KGD
 - c. Elektrolit
 - d. Fungsi hati
2. Terapi
- a. Injeksi ranitidine
 - b. Injeksi ketrolac
 - c. Injeksi ondasentron

Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri ulu hati</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Wajah pasien terlihat meringis menahan sakitnya -TD :110/70 mmHg -s : 37,5 C -RR :20x/menit -HR :80/ menit 	Iritasi mukosa lambung	Gangguan rasa nyaman nyeri
2	<p>DS :Pasien mengatakan mulai dari pertama kali masuk puskesmas tidak nafsu makan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Keadaan umum pasien lemah,bibir kerring,dan pecah-pecah - Porsi makan tidak habis -Tampah mual 	Peningkatan asam lambung	Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3	<p>DS: Klien menyatakan susah tidur</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/u lemah - Tampak kondisi kamar kurang mendukung - klien tampak gelisah 	Perubahan Status Kesehatan	Ansietas

Tabel 3.2 Analisa Data

3.2 Diagnosa keperawatan

- Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa lambung
- Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan asam lambung
- Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan

3.3 Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	TUJUAN	Perencanaan		
			Intervensi	Implementasi	Evaluasi
1	<p>Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung</p> <p>DS : pasien mengeluh nyeri epigastrium</p> <p>DO : wajah pasien terlihat meringis menahan sakitnya</p> <p>TD : 110/70 mmHg</p> <p>HR : 80 x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>T : 37,5 C</p>	<p>Hilangnya rasa nyeri dengan criteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> Nyeri hilang Pasien tidak meringis menahan sakit lagi 	<ul style="list-style-type: none"> Kaji frekuensi nyeri Berikan istirahat dengan posisi semifowler Berikan kompres hangat pada bagian abdomen 	<ul style="list-style-type: none"> Kaji frekuensi nyeri Anjurkan istirahat dengan posisi semifowler Memberikan kompres air hangat 	<p>S : Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O : Wajah tampak sedikit tenang</p> <p>TD : 110/70</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>HR : 80 x/menit</p> <p>T : 36,5 C</p> <p>A : masalah sebagian teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

2	<p>Pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sehubungan dengan peningkatan asam lambung</p> <p>DS : pasien mengatakan mulai dari pertama kali datang tidak nafsu makan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum pasien masih lemah, bibir kering dan pecah-pecah • Porsi makan tidak habis • Tampak mual-mual 	<p>Nutrisi terpenuhi dengan kriteria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makan habis • Pasien tampak segar 	<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan makan sedikit tapi sering • Kaji kebutuhan nutrisi pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan makan sedikit tapi sering • Menyajikan makanan yang bervariasi 	<p>S : Pasien mengatakan bahwa nafsu makan mulai bertambah</p> <p>O : Klien tampak tidak lemas lagi terbukti makannya habis 1 porsi</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
3	<p>Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan di tandai dengan</p> <p>DS :</p>	<p>Pasien dapat mendemonstrasikan koping yang positif dan mengungkapkan penurunan kecemasan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kaji tingkat kecemasan • Berikan dorongan dan berikan waktu untuk mengungkapkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji tingkat kecemasan (mengevaluasi dan melihat ekspresi 	<p>S : Klien menyatakan masih takut dengan keadaanya</p> <p>O : Nampak gelisah</p>

<ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan takut terhadap penyakitnya • Klien mengatakan stress memikirkan masalah kesehatannya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien cemas • klien tampak gelisah • TTV : <ul style="list-style-type: none"> - TD: 110/70 mmHg - S : 37,5°C - HR : 80 x/i - RR : 24 x/i. 	<p>dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menyatakan memahami tentang penyakitnya 	<p>kan pikiran dan dengarkan keluhanya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan dorongan spiritual • Berikan HE (penyuluhan) kepada klien dan keluarganya tentang proses penyakit yang di alami 	<p>wajah klien)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan dorongan dan berikan waktu untuk mengungkapkan pikiran dan dengarkan keluhanya. • Memberikan dorongan spiritual (menganjurkan untuk beribadah dan berdoa). • Memberikan penyuluhan kepada klien dan keluarganya tentang proses penyakit yang di alami 	<p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi di pertahankan dan di lanjutkan (1,2,3).</p>
---	--	---	---	--

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

3.4 Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tgl	Tindakan	Evaluasi	Paraf
1	Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung.	13 Juni 2018 17:30 18:00 20:00 21:00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan injeksi cefotaxim 1 gr 2. Memberikan injeksi ranitidine 1 amp/12 jam 3. Memberikan injeksi ondansentrone 4mg 4. Memberikan obat oral sucralfat sirup 3 x 1 ,curcuma tablet 3x1 sehari 5. Injeksi cefotaxime 1 grsucralfat sirup dan curcuma 1 tablet 6. Memberikan injeksi ondansentron 1 amp 	<p>S : nyeri ulu hati,muntah,mual</p> <p>O : W ajah tampak tenang</p> <p>TD : 110/80 T :37 C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
2	Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan asam lambung	14 Juni 2018 02:00 05:30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan injeksi ranitidine 1 amp 2. V. sign TD : 140/100 HR : 76x/menit RR : 20 x/menit T :36,0 C 3. Memberikan injeksi cefotaxim 1 gr 4. Memberikan injeksi ranitidine 1 amp/12 	<p>S : Nyeri ulu hati, muntah, mual</p> <p>O : TD : 120/70 SGPT : 559, SGOT :517 WBC :13,96</p> <p>A : Peningkatan Zat Asam Lambung</p> <p>P : Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering</p>	

		06:00	jam 5. Memberikan injeksi ondansentrone 4mg	
		07:00	6. Memberikan obat oral sucralfat sirup 3 x 1 ,curcuma tablet 3x1 sehari	
3	Ansietas berhubungan dengan perubahan kesehatan	08.00	1. Mengkaji tingkat kecemasan 2. Memberikan dorongan dan memberikan waktu untuk mengungkapkan perasaanya 3. Memberi penjelasan tentang penyakit yang dialami pasien.	S : pasien mengatakan mengerti dengan penyakit yang dialami O : Pasien tampak tenang A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
1	Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung.	08:00	1. Diet hati 2. Ivfd RL 20 gh/i 3. Injeksi ranitidine,ondansentrone	S : nyeri ulu hati,muntah,mual O: Skala nyeri 4,mual,muntah A : nyeri akut Perubahan pemenuhan kurang dari kebutuhan tubuh P :
		10:00	5. Memberikan injeksi cefotaxim 1 gr	
		12 :30	6. Memberikan injeksi ranitidine 1 amp/12 jam	• beri posisi senyaman mungkin
		15:00	7. Memberikan injeksi ondansentrone 4mg	• ajarkan pasien tehnik relaksasi

		17:00	8. Memberikan obat oral sucralfat sirup 3 x 1 ,curcuma tablet 3x1 sehari	<ul style="list-style-type: none"> • anjurkan pasien makan sedikit tapi sering 	
2	Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan asam lambung	20:00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan injeksi cefotaxim 1 gr 2. Memberikan injeksi ranitidine 1 amp/12 jam 3. Memberikan injeksi ondansentrone 4mg 4. Memberikan obat oral sucralfat sirup 3 x 1 ,curcuma tablet 3x1 sehari 	<p>S: pasien mengatakan ingin muntah</p> <p>O: hepatitis: dengan SGOT,SGPT meninggi</p> <p>I : dengan pemberian diit agar SGOT,SGPT dibatas normal TD 110/100 Diit DH diberikan teratur</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
1	Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung.	<p>15 Juni 2018</p> <p>05:30</p> <p>08:00</p> <p>10:00</p> <p>12 :30</p> <p>15:00</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diet hati 2. Ivfd RL 20 gh/i 3. Injeksi ranitidine,ondansentrone 4. Berikan curcuma dan sukralfat 5. Memberikan injeksi cefotaxim 1 gr 6. Memberikan injeksi ranitidine 1 amp/12 jam 7. Memberikan injeksi ondansentrone 4mg 8. Memberikan obat 	<p>S : nyeri ulu hati,muntah,mual</p> <p>O: Skala nyeri 4-5</p> <p>A : nyeri akut</p> <p>P : anjurkan tehnik relaksasi</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Pembahasan

Setelah membaca dan memahami asuhan keperawatan pada pasien Ibu.S dengan Diagnosa Medis Dispepsia, maka Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan teori dan tindakan tentang proses keperawatan yang dilakukan pada tanggal 13 Juni 2018 sampai 16 Juni 2018 di UPT. Puskesmas Medan Area Selatan.

Pembahasan tentang proses asuhan keperawatan ini dimulai dengan Pengkajian, pengelompokan atau analisa data, diagnosa atau rumusan masalah keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian dalam mengenaimasalah-masalah klien sehingga dapat menentukan tindakan keperawatan yang tepat (Muttakin, 2006). Adapun sumber data, penulis tidak banyak menemukan hambatan dalammendapatkan informasi baik dari klien, keluarga, anggota tim perawat kesehatan, catatan kesehatan pemeriksaan fisik.

Data yang dikumpulkan berupa : data dasar yaitu semua informasi tentang klien mencakup : riwayat kesehatan, riwayat keluhan utama, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat psikososial dan riwayat spiritual. Berdasarkan hasil pengumpulan daa pada kasus Ibu.S didapatkan data bahwa :

1. Gejala :klien mengatakan nyeri ulu hati, faktor pencetus : sering terlambat makannyeri datang pada saat tidur, sifat : nyeri seperti tertusuk, skala nyeri 6, waktu :siang dan malam, lamanya keluhan : $\pm \frac{1}{2}$ jam, lokasi epigastrium/abdomen (kuadran kanan atas). Ibu S mengatakan nyeri dirasakan disertai dengan demam sejak satu hari yang lalu, sakit kepala pusing mual muntah, kurang nafsu makan dan cemas dengan kondisi penyakitnya.
2. Tanda : keadaan umum lemah, peristaltik usus 3 kali/ menit, ekspresi wajah meringis, klien cemas, klien tampak gelisah.

Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana pada kasus Ibu.S mengatakan ia tidak tahu secara pasti penyebab timbulnya nyerinya karena klien mengatakan selalu terlambat makan dan tidak mengatur pola makan dengan baik. Sedangkan pada teori penyebab dari dispepsia antara lain menelan udara (aerofagi), regurgitasi (alir balik, refluks) asam dari lambung, iritasi lambung (gastritis), ulkusgastrikum atau ulkus duodenalis, kanker lambung, peradangan kandung empedu (kolesistitis), intoleransi laktosa (ketidak mampuan mencerna susu dan produknya), kelainan gerakan usus, kecemasan atau depresi, perubahan pola makan dan pengaruh obat-obatan yang dimakan secara berlebihan dan dalam waktu.

Selain itu ada kesenjangan pada pemeriksaan penunjang dimana pada teori dispepsia dilakukan pemeriksaan laboratorium seperti hemoglobin, hematokrit dan MCH tapi pada Ibu. S tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau resiko klien terhadap masalah kesehatan, yang perawat mempunyai izin dan berkomponen untuk mengatasinya (Potter 2005). Secara teori diagnosa keperawatan yang mungkin timbul pada kasus dispepsia adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi.
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan nutrisi yang tidak adekuat.
3. Ansietas berhubungan dengan pengobatan.
4. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan masukan makanan dan cairan tidak adekuat.
5. Kurang pengetahuan tentang kondisi penyakit berhubungan dengan kurang informasi.

Berdasarkan analisa data yang penulis lakukan dengan kasus dispepsia pada Ibu S didapatkan diagnosa keperawatan :

- A. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa lambung

- B. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan asam lambung
- C. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan

Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana pada kasus Ibu. S terdapat diagnosa yang tidak ditemukan dalam teori yaitu : Peningkatan suhu tubuh b/d pelepasan mediator Kimia (Histamin < Bradikinin, Serotonin) karena pada saat penulis melakukan pengkajian ditemukan klien nampak panas dengan ditandai suhu tubuh 38,5.

Untuk mengatasi peningkatan suhu tubuh klien diberikan Sanmol tablet 500 mg 3x1 dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi lingkungan yang kurang efektif karena pada saat pengkajian klien mengatakan susah tidur akibat kondisi lingkungan yang kurang mendukung, seperti keadaan ruangan yang panas, sempit, kurang nyaman bagi klien. Oleh karena itu penulis mengangkat diagnosa tersebut.

c. **Perencanaan Keperawatan**

Dalam teori intervensi dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Nursing Intervention Classification (NIC) dan Nursing Outcome Classification (NOC). Intervensi keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada, sehingga rencana tindakan dapat diselesaikan dengan spesifik, measurable, achievable, rational and time (SMART) selanjutnya akan diuraikan rencana keperawatan dari diagnosa yang ditegakkan (NANDA, 2009).

Menurut Muttaqin (2011) rencana tindakan keperawatan untuk mengatas nyeri dengan tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam nyeri berkurang/ hilang atau teradaptasi dengan kriteria hasil pasien melaporkan nyeri berkurang, skala nyeri 1-2 dapat mengidentifikasi aktivitas yang meningkatkan atau menurunkan nyeri, pasien tidak gelisah.

Intervensi yang dilakukan meliputi observasi, perencanaan keperawatan, edukasi, kolaborasi. Pada kasus Ibu. S penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam karena nyeri tidak dapat diatasi dalam waktu singkat dan perlu penanganan terlebih dahulu. Intervensi yang direncanakan oleh penulis antara lain kaji tingkat nyeri, observasi TTV tiap 24 jam, beri istirahat dengan posisi semi fowler, anjurkan klien untuk menghindari

makanan yang dapat meningkatkan kerja asam lambung, diskusikan dan ajarkan tehnik relaksasi dan laborasi dengan tim medis dalam pemberian obat.

Menurut Muttaqin (2005) atur posisi semi fowler dapat mengurangi nyeri dengan rasional mengurangi regangan rongga abdomen yang membantu mengurangi nyeri. Pada kasus Ibu.S penulis memberikan tindakan keperawatan posisi yang nyaman (posisi semi fowler) dengan rasional agar pasien rileks dan membantu mengurangi rasa nyeri. Dalam perencanaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dalam memprioritaskan masalah, merumuskan masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil serta tindakan.

Penulis berusaha memprioritaskan berdasarkan kebutuhan menurut Maslow yaitu mulai dari kebutuhan paling mendasar yaitu kebutuhan fisiologis, rasa aman dan nyaman, dicintai dan mencintai, dihargai, serta aktualisasi diri. Faktor pendukung terdapat kerjasama yang baik dalam perencanaan antara mahasiswa dan perawat ruangan. Faktor penghambat dalam menetapkan rencana asuhan keperawatan karena kurang pemahamnya penulis dalam membuat rencana tindakan dalam kasus ini.

d. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter dan Perry 2005) Pelaksanaan keperawatan mengacu pada rencana yang telah ditetapkan dalam teori. Namun penulis tidak dapat melaksanakan semua rencana yang ada dalam teori tapi dapat melaksanakan semua rencana sesuai dengan diagnosa keperawatan pada Ibu.S dengan kasus dipepsia di ruang Lavender Rumah Sakit Umum Abunawas kota Kendari. Dalam rencana tindakan semua dilaksanakan oleh penulis, dikarenakan penulis sepenuhnya 24 jam merawat klien.

Untuk membantu melengkapi tindakan keperawatan maka penulis melihat tindakan yang dilakukan perawat ruangan, penulis melihat dan membaca di buku laporan tindakan yang ditulis oleh perawat yang sedang dinas. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai waktu yang telah ditetapkan yaitu 3 x 24 jam, secara umum semua rencana tindakan yang telah disusun dapat dilaksanakan penulis,

seperti mengobservasi tanda-tanda vital, mengkaji skala nyeri, memberikan istirahat dengan posisi semi Fowler, menganjurkan klien untuk menghindari makanan yang dapat meningkatkan asam lambung, mendiskusikan dan mengajarkan teknik relaksasi, memberikan terapi infus RL 20 + Neuro Sanbe 1 ampul 28 tetes/menit dan melakukan kerjasama dengan tim medis lain dalam pemberian obat-obatan.

Faktor pendukung dalam pelaksanaan tindakan keperawatan adalah klien cukup kooperatif dan kerjasama yang baik antar penulis dengan perawat ruangan, sedangkan faktor penghambat yang penulis temukan adalah kurangnya alat-alat kesehatan sehingga penulis mengalami kesulitan dalam mengaplikasikan tindakan sesuai dengan teori. Solusi yang penulis lakukan untuk mengatasi masalah ini adalah penulis tetap menggunakan alat-alat medis yang tersedia tetapi tetap mempertahankan prinsip sesuai teori.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Carnevari & Thomas, 1993; dikutip dari Potter, 2005). Evaluasi pada Ibu.S dilakukan dengan metode SOAP pada evaluasi hari pertama penulis belum mampu mengatasi masalah keperawatan nyeri berhubungan dengan peradangan epigastrium, hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah/ anoreksia, gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi lingkungan yang kurang efektif dan kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Kemudian penulis melanjutkan hari kedua. Pada hari Rabu masalah keperawatan yang teratasi pada kasus Ibu.S adalah hipertemi berhubungan dengan proses inflamasi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah/ anoreksia dan diagnosa kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Sedangkan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi lingkungan yang kurang efektif dan diagnosa nyeri berhubungan dengan peradangan epigastrium dapat teratasi pada hari Jumat, dengan skala nyeri ringan (2) dan pasien pulang.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dispepsia atau sakit maag adalah sekumpulan gejala yang terdiri dari nyeri rasa tidak nyaman di epigastrium, mual, muntah, kembung, rasa penuh atau cepat kenyang dan sering bersendawa. Boiasanya berhubungan dengan pola makan yang tidak teratur, makan makanan yang pedas, asam, minuman bersoda, kopi, obat-obatan tertentu, ataupun kondisi emosional tertentu misalnya stress.

Dengan pola makan yang teratur dan memilih makanan yang seimbang dengan kebutuhan dan jadwal makan yang teratur, sebaiknya tidak mengkonsumsi makanan yang berkadar tinggi, cabai, alcohol dan pantang merokok. Bila harus makan obat karna sesuatu penyakit, misalnya sakit kepala maka minum obat secara wajar dan tidak mengganggu fungsi lambung.

5.2 Saran

1. Bagi Institusi

Sebagai tempat pembelajaran atau sekolah yang bergerak dibidang kesehatan, hendaknya dapat memberi pendidikan yang lebih baik lagi kepada mahasiswa dalam paraktik pelayanan kesehatan dan menyediakan buku-buku penunjang sebagai acuan dalam melakukan asuhan keperawatan maupun kebidanan.

2. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang baik, mempertahankan serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang ada dengan baik dan tepat.

3. Bagi Pasien

Dalam proses asuhan keperawatan, sangat diperlukan kerjasama keluarga dan pasien itu sendiri guna memperoleh data yang bermutu untuk menentukan tindaka sehingga dapt memperoleh hasil yang diharapkan