



Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Dispepsia Di Wisma Seroja UPT PSTW Husnul Khotimah Pekanbaru Tahun 2024

Febri Andryani¹, Ridha Hidayat²

Program Studi Diploma Kesehatan, Fakultas Ilmu
Kesehatan, Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai
pebriandriani95@gmail.com, hidayat22131120@gmail.com

ABSTRAK

Dispepsia merupakan suatu sindroma atau kumpulan gejala/keluhan berupa nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual, kembung, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, dan perut merasa penuh/begah. Dispepsia berhubungan dengan keluhan makan, yang dikaitkan dengan gangguan saluran cerna bagian atas. Tujuan penelitian ini adalah mengkaji sampai melakukan evaluasi dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan dispepsia di Wisma Seroja UPT PSTW Husnul Khotimah Pekanbaru Tahun 2024. Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Subjek pada laporan kasus adalah Ny. S yang berusia 78 tahun dengan dispepsia. Penelitian ini dilakukan dari tanggal 23-27 Mei 2024. Data didapatkan dengan wawancara, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pada saat pengkajian klien merasakan nyeri pada perut bagian atas dengan skala nyeri 6, nyeri yang di alami seperti tertusuk-tusuk dan rasanya hilang timbul. Sehingga peneliti dapat merumuskan diagnosa utama nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologi. Intervensi yang diberikan yaitu manajemen nyeri. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny. S dengan dispepsia dilaksanakan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun. Hasil kunjungan keperawatan selama lima hari pada klien didapatkan dengan masalah teratasi. Tahap evaluasi keperawatan dengan SOAP didapatkan masalah teratasi dan planning dihentikan. Harapan peneliti dari penulisan laporan studi kasus ini agar menjadi pedoman baik instansi, masyarakat dan penelitian selanjutnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan dispepsia.

Kata kunci: Asuhan keperawatan, dyspepsia, nyeri kronis

ABSTRACT

Dyspepsia is a syndrome or collection of symptoms/complaints in the form of pain or discomfort in the pit of the stomach, nausea, bloating, vomiting, belching, feeling full quickly, and feeling full/full in the stomach. Dyspepsia is associated with eating complaints, which are associated with upper gastrointestinal disorders. The aim of this research is to examine and evaluate the implementation of nursing care for patients with dyspepsia at Wisma Seroja UPT PSTW Husnul Khotimah Pekanbaru in 2024. This research method uses a descriptive research design in the form of a case study. The subject of the case report is Mrs. S who is 78 years old with dyspepsia. This research was conducted from 23-27 May 2024. Data was obtained by interviews, physical examination and supporting examinations. During the assessment, the client felt pain in the upper abdomen with a pain scale of 6, the pain felt like being stabbed and seemed to come and go. So that researchers can formulate the main diagnosis of chronic pain related to physiological injuring agents. The intervention provided is pain management. In carrying out nursing actions on Mrs. S with dyspepsia is carried out according to the nursing plan that has been prepared. The results of the five-day nursing visit to the client were obtained with the problem resolved. The nursing evaluation stage with SOAP found that the problem was resolved and planning was stopped. The researcher's hope from writing this case study report is that it will serve as a guide for both agencies, the community and further research in providing nursing care to elderly people with dyspepsia.

Keywords: Nursing care, dyspepsia, chronic pain

Address : Danau Bingkuang Dusun 11 Aursati

Email: pebriandriani95@gmail.com

ISSN 2985-4822 (Media Online)

Phone: 083897213700

PENDAHULUAN

Dispepsia merupakan suatu sindroma atau kumpulan gejala/keluhan berupa nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual, kembung, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, dan perut merasa penuh/begah. Dispepsia berhubungan dengan keluhan makan, yang dikaitkan dengan gangguan saluran cerna bagian atas. Gejala dispepsia yang sering ditemukan dimasyarakat yang ditandai dengan adanya rasa nyeri dan tidak nyaman pada bagian atas atau ulu hati. Dispepsia dibedakan menjadi dua, yaitu struktural dan fungsional. Pada dispepsia struktural penyebabnya yaitu penyakit ulkus peptikum (peradangan atau terkikisnya lapisan dinding lambung), GERD, kanker, penggunaan alkohol atau obat kronis. Sedangkan dispepsia fungsional ditandai dengan nyeri atau tidak nyaman perut bagian atas yang kronis atau berulang (DIANA, 2023).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Indonesia menempati urutan ketiga jumlah penderita gangguan pencernaan, setelah Amerika Serikat dan Inggris dengan 450 kasus. Di Indonesia angka kejadian gangguan pencernaan mencapai 40,8% (Sunaria, 2021). Menurut data survei (2015) yang dilakukan Kementerian Kesehatan RI, angka kejadian gangguan pencernaan di Surabaya 31,2%, Denpasar 46%, Jakarta 50%, Bandung 32,5%, Palembang 35,5%, Pontianak 31,2%, dan 9,6% di Medan. Termasuk Aceh, angkanya mencapai 31,7%. Jumlah kasus seperti ini kemungkinan akan meningkat setiap tahunnya (Triani dkk., 2022).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Provinsi Riau dispepsia merupakan penyakit yang berada dalam 10 besar di ruang rawat inap Rumah Sakit Arifin Ahmad Provinsi Riau dengan jumlah 11,88%. Di Pekanbaru pada tahun 2017 berdasarkan 20 Puskesmas didapatkan bahwa dispepsia adalah 10 penyakit terbesar dengan jumlah 14.292 kasus. (Rahmah et al., 2017).

Berdasarkan data di UPT Panti Sosial Tresna Wherda Husnul Khatimah Dinas Sosial Provinsi Riau, terdapat jumlah lansia Dispepsia dengan prevalensi 14,9% (UPT PSTW Husnul Khatimah, 2023).

Tabel 1 jumlah penyakit yang diderita lansia di UPT Panti Sosial Tresna Wherda Husnul Khatimah Pekanbaru tahun 2023

No	Nama Penyakit	Banyak penyakit
1	Hipertensi	52
2	Gout Arthritis	24
3	Gastritis	23
4	Ispa	20
5	Rheumatoid Arthritis	14
6	Dispepsia	13
7	Malaisea	12
8	Celfagia	11
9	Vertigo	9
10	Post of katarak	7
	Jumlah	174

Berdasarkan hasil survei yang dilakukan peneliti pada tanggal 2 April 2024 diketahui bahwa masalah keperawatan yang muncul pada pasien dispepsia adalah nyeri akut, defisit nutrisi, defisit pengetahuan, gangguan pola tidur.

Solusi dalam menangani masalah dispepsia yang menimbulkan nyeri abdomen dapat dilakukan dengan manajemen nyeri meliputi pemberian terapi analgesik dan terapi nonfarmakologis berupa intervensi perilaku kognitif seperti teknik relaksasi, distraksi, dan terapi musik. Berbagai jenis teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri telah banyak diterapkan dalam tatanan pelayanan keperawatan yaitu dengan nafas dalam (Tumiwa et al., 2023).

Masalah keperawatan yang dapat muncul pada kasus dyspepsia yaitu diantaranya nyeri akut, pola napas tidak efektif, serta gangguan pola tidur. Ada tindakan prioritas yang dapat dilakukan perawat yaitu meredakan nyeri, serta mengatur pola tidur supaya klien dapat tidur normal kembali serta penanganan untuk

gangguan pola napasnya. Salah satu cara penanganannya tentunya dengan menerapkan pola makan yang benar dan sehat. Menerapkan pola makan yang benar dan sehat dengan mengatur pola makan setiap harinya, mengonsumsi makanan tidak berlebihan dan makan tepat waktu dengan jam yang sama setiap harinya dan mengurangi makanan yang mengandung bahan pengawet (DIANA, 2023).

Berdasarkan data diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan Pada lansia dengan Dispepsia di Wisma Seroja UPT PSTW Husnul Khotimah tahun 2024.

METODE

Metode penelitian ini adalah deskriptif yang dibentuk dalam studi kasus. Penelitian deskriptif adalah salah satu metode penelitian yang dimaksudkan untuk menyelidiki sebuah keadaan, suatu kondisi atau hal-hal yang sudah disebutkan dengan hasil yang dipaparkan dalam bentuk laporan keperawatan. Penelitian ini dilakukan pada satu orang klien yang bernama Ny.S dengan dispepsia di Wisma Seroja UPT PSTW Husnul Khotimah yang dilaksanakan selama 5 hari dari tanggal 23 - 27 Mei 2024.

Asuhan keperawatan yang dilakukan berpedoman pada proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut.

HASIL

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.S yang berumur 78 tahun dengan diagnosa keperawatan dispepsia yang dilaksanakan selama 5 hari dari tanggal 23 - 27 Mei 2024, maka didapatkan hasil bahwa klien mengatakan sakit dibagian perut dan terasa nyeri pada ulu hati, mual saat makan. Pada pengkajian riwayat keluhan klien mengatakan keluhan timbul secara tiba tiba dan tidak tahu penyebab timbulnya keluhan, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk tusuk dan dirasakan pada bagian perut atas, klien mengatakan dari angka 0 – 10 nyeri yang dirasakan berada diangka 6 (nyeri sedang) dan keluhan yang dirasakan klien hilang timbul. Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada Ny. S didapatkan data keadaan umum lemah, kesadaran compositus, pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 140/77 mmHg, nadi 68 x/m, pernafasan 25 x/m dan suhu 37°C. Upaya yang dilakukan klien rutin meminum obat sucralfate dan lansoprazole. Hasil observasi yang dilakukan tampak wajah klien meringis, gelisah, dan terdapat nyeri tekan pada epigastrium.

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.S yang berumur 78 tahun beragama islam dan berasal dari Medan dengan diagnosa keperawatan dispepsia yang dilaksanakan selama 5 hari dari tanggal 23 mei sampai dengan tanggal 27 mei Pada tahun 2024, maka didapatkan diagnosa keperawatan yaitu : 1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis. 2. Defisit nutrisi berhubungan dengan mual yang mengakibatkan kurangnya asupan makanan yang cukup. 3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan yang peneliti lakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami Ny.S yaitu :

- a. Diagnosa pertama, Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis (D.0078)
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam tingkat nyeri menurun dan frekuensi nadi membaik dengan kriteria hasil:
 - 1) Keluhan nyeri menurun
 - 2) Meringis menurun

- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Pola napas membaik
- 6) Tekanan darah membaik

Rencana tindakan keperawatan yang akan disusun untuk Ny.S yaitu :

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
 - b) Identifikasi skala nyeri
 - c) Identifikasi respon nyeri non verbal
 - d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri
 - e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 - g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 - h) Monitor efek samping penggunaan analgetik
 - 2) Teraupetik
 - a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri mis teknik relaksasi nafas dalam
 - b) Fasilitas istirahat dan tidur
 - c) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
 - 3) Edukasi
 - a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 - b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 - e) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- b. Diagnosa kedua, defisit nutrisi berhubungan dengan mual yang mengakibatkan kurangnya asupan makanan yang cukup (D.0019)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
- 2) Pengetahuan tentang pemilihan makanan dan minuman yang sehat meningkat
- 3) Sikap terhadap makanan / minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat
- 4) Nyeri abdomen menurun
- 5) Frekuensi makan membaik
- 6) Nafsu makan membaik

Rencana tindakan keperawatan yang akan disusun untuk Ny.S yaitu :

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi status nutrisi
 - b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
 - c) Identifikasi makanan disukai
 - d) Monitor asupan makan
 - e) Monitor berat badan
- 2) Terapeutik
 - a) Melakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu
 - b) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
 - c) Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi mis buah buahan

d) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

3) Edukasi:

a) Anjurkan posisi duduk jika mampu

c. Diagnosa ketiga, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam pola tidur membaik dengan kriteria hasil:

1) Keluhan sulit tidur menurun

2) Keluhan sering terjaga menurun

3) Keluhan pola tidak puas tidur menurun

4) Keluhan pola tidur berubah menurun

5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun

6) Kemampuan beraktivitas meningkat

Rencana tindakan keperawatan yang akan disusun untuk Ny.S yaitu :

1) Observasi

a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

b) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis)

c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)

2) Terapeutik

a) Modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang jika perlu

b) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

c) Tetapkan jadwal tidur rutin

d) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

e) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga

3) Edukasi

a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

b) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

c) Anjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur

d) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (Mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift kerja)

e) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

Implementasi Keperawatan

a. Hari pertama

Nyeri kronis : mengobservasi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingkat nyeri, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, memonitor efek samping penggunaan analgetik, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat, memfasilitas istirahat dan tidur. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Defisit nutrisi : mengobservasi, mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, mengidentifikasi makanan disukai, memonitor asupan makan, memonitor berat badan, melakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu, menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, memberikan

makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, menganjurkan posisi duduk jika mampu.

Gangguan pola tidur : mengobservasi, mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis), mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur memodifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang jika perlu, memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur. Menetapkan jadwal tidur rutin, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), menyesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (Mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift kerja), mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainya.

b. Hari kedua

Nyeri kronis : manajemen nyeri dengan mengobservasi, keluhan klien, mengkaji skala nyeri, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, mengontrol pemberian sucrlfate dan lansoprazole 2x sehari, memonitor keberhasilan pemberian terapi non farmakologis, menganjurkan monitor nyeri secara mandiri.

Defisit nutrisi : sesuai dengan kebutuhan kesehatan klien yaitu kaji keluhan klien, mengidentifikasi makanan yang disukai, memonitor asupan makanan, mensajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, memberikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, menganjurkan posisi duduk jika mampu.

Gangguan pola tidur : Mengkaji keluhan, memonitor TTV, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, mengidentifikasi makanan yang mengganggu tidur, memodifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang jika perlu, memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, menetapkan jadwal tidur rutin, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), mensesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga, menjelaskan pentingnya tidur cukup saat sakit, mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainya.

c. Hari ketiga

Nyeri kronis : Yang dilakukan adalah mengkaji keluhan, mengkaji TTV, memonitor skala nyeri, memonitor penerapan teknik non farmakologis, memonitor pemberian obat, menganjurkan monitor nyeri secara mandiri.

Defisit nutrisi : yang dilakukan adalah mengkaji keluhan, memonitor pola makan, memonitor penyebab mual, memonitor asupan makanan yang masuk, memberikan obat, menganjurkan posisi duduk jika mampu.

Gangguan pola tidur : yang dilakukan adalah Mengkaji keluhan, memonitor TTV, meidentifikasi faktor pengganggu tidur, meidentifikasi makanan yang mengganggu tidur, menetapkan jadwal tidur rutin, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), mensesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.

d. Hari keempat

Nyeri kronis : Implementasi keperawatan yang dilakukan ialah mempertahankan intervensi yang telah di ajarkan. Defisit nutrisi : yang dilakukan mempertahankan intervensi yang telah di ajarkan. Gangguan pola tidur : mempertahankan intervensi yang telah di ajarkan.

Evaluasi Keperawatan

a. Hari pertama

Nyeri kronis : klien mengatakan nyeri pada bagian perut atas, terasa pusing dan sedikit sesak, nyeri pada skala 0-10 (nyeri sedang 6), nyeri yang dirasakan hilang timbul, klien tampak meringis, klien tampak lemas, klien tampak bingung, adanya nyeri tekan pada epigastrium, hasil pemeriksaan TTV : TD : 130/ 65 mmhg, N : 60x/m, RR : 15x/m masalah nyeri akut b.d agen pcederaan fisiologis belum teratasi.

Defisit nutrisi : klien mengatakan mual saat makan, klien mengatakan tidak ada selera makan, klien tampak lemas, klien tampak tidak menghabiskan makanan, klien tampak gelisah, hasil pemeriksaan TTV TD: 130/ 65 mmHg, N: 60 x/i, RR: 15 x/i, masalah defisit nutrisi b.d mual yang mengakibatkan kurangnya asupan makanan yang cukup belum teratasi.

Gangguan pola tidur : klien mengatakan sering terbangun malam, tidur tidak nyenyak, terasa pusing, klien mengatakan kebiasaan tidur setelah sholat Isya, klien tampak lemas, klien tampak kekurangan tidur, muka klien tampak pucat, hasil pemeriksaan TTV TD: 130/ 65 mmHg, N: 60 x/i, RR: 15 x/i, masalah gangguan pola tidur b.d kurang control tidur belum teratasi.

b. Hari kedua

Nyeri kronis : nyeri berkurang, sesak berkurang, pusing sudah berkurang, klien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan dan yang diajarkan oleh peneliti, skala nyeri 0-10 (nyeri sedang skala 4), hasil observasi yang didapat klien tampak lebih tenang, klien tampak mengerti tentang penyakit yang dirasakan, klien tampak rutin minum obat, klien tampak mampu melakukan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam), hasil pemeriksaan TTV, TD : 110 / 80 mmHg, N : 65 x/i, RR : 20 x/i, S : 32°C hasil analisa bahwa masalah teratasi sebagian.

Defisit nutrisi : klien mengatakan mual berkurang, mulai mau makan, klien mengatakan tadi minum jus alpukat, klien tampak memakan makanannya walaupun hanya 3 sendok saia, klien tampak lebih baik dari kemarin, klien tampak rutin minum obat, hasil pemeriksaan TTV didapatkan TD: 110/ 80 mmhg, N: 65 x/i, RR: 20 x/i, S: 32°C masalah defisit nutrisi b.d mual yang mengakibatkan kurangnya asupan makanan yang cukup teratasi sebagian.

Gangguan pola tidur : klien mengatakan pusing mulai berkurang, tadi malam tidur kurang nyenyak, terbangun malam, terasa kurang enak badan, klien tampak lemas, klien tampak gelisah, klien tampak kurang tidur, hasil pemeriksaan TTV TD: 110 / 80 mmhg, N: 65 x/i, RR: 20 x/i, S: 32°C, Masalah gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

c. Hari ketiga

Nyeri kronis : nyeri berkurang, klien mengatakan keadaan jauh lebih baik dari kemarin, pusing sudah tidak ada, sesak sudah hilang, klien tampak mampu melakukan teknik non farmakologis, Klien tampak tenang, klien tampak sudah mampu mengontrol nyerinya sendiri, tidak ada nyeri tekan, tampak klien rutin meminum obat, hasil pemeriksaan TTV, TD: 121/65 mmhg, N : 67 x/i, RR : 20 x/i, masalah nyeri akut b.d agen pcederaan fisiologis teratasi sebagian.

Defisit nutrisi : klien mengatakan mual berkurang, susah BAB, nafsu makan mulai ada, klien mengatakan makan sudah habis 4 sendok, nafsu makan klien mulai meningkat dari hari kemarin, klien tampak tidak lemas lagi, hasil pemeriksaan TTV: TD 121/65 mmhg, N 67 x/i, RR 20 x/i masalah defisit nutrisi b.d mual yang mengakibatkan kurangnya asupan makanan yang cukup teratasi sebagian.

Gangguan pola tidur : klien mengatakan tidur nyenyak, pusing masih ada, tidak ada terbangun malam, klien mengatakan paham tentang pentingnya menjaga tidur, klien tampak lebih segar dari hari sebelumnya, hasil pemeriksaan TTV TD: 121/65 mmhg, N: 67 x/i, RR: 20 x/i, masalah gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur teratasi sebagian intervensi dilanjutkan.

d. Hari keempat

Nyeri kronis : klien sudah mampu mengontrol nyeri yang dirasakan dan nyeri sudah berkurang, klien mampu melakukan teknik non farmakologis yang diajarkan pasien untuk meredakan nyeri yang dirasakan, hasil pemeriksaan fisik yang didapat tekanan darah 138/ 67 mmhg, Nadi 62 x/m, Pernafasan 23 x/m, nyeri tekan sudah tidak ada, klien tampak sudah tidak meringis, hasil analisa bahwa masalah teratasi dan menindaklanjuti hal tersebut agar klien menerapkan intervensi yang telah disampaikan dan diajarkan kepada klien.

Defisit nutrisi : klien mengatakan nafsu makan meningkat, porsi makanan yang diberikan dihabiskan, mual sudah berkurang keadaan umum sudah mulai membaik dan tampak klien lebih bersemangat, hasil analisa bahwa klien mampu melakukan apa yang telah diajarkan dan dijelaskan intervensi terlaksanakan.

Gangguan pola tidur : klien mengatakan tidur sudah nyaman dan tidak ada terbangun pada malam hari lagi, rasa pusing berkurang, klien tampak segar dan tidak kekurangan tidur lagi, klien mampu melakukan apa yang telah dianjurkan oleh peneliti, hasil analisa bahwa masalah teratasi.

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini, peneliti menerangkan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.S dengan dispepsia di Wisma Seroja UPT PSTW Husnul Khotimah yang dilaksanakan selama 5 hari dari tanggal 23 mei sampai dengan tanggal 27 Mei Pada tahun 2024 yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Pengkajian

Klien mengatakan sakit dibagian perut dan terasa nyeri pada ulu hati, mual saat makan. Pada pengkajian riwayat keluhan klien mengatakan keluhan timbul secara tiba tiba dan tidak tahu penyebab timbulnya keluhan, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk tusuk dan dirasakan pada bagian perut atas, klien mengatakan dari angka 0 – 10 nyeri yang dirasakan berada diangka 6 (nyeri sedang) dan keluhan yang dirasakan klien hilang timbul. Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada Ny. S didapatkan data keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 140/77 mmHg, nadi 68 x/m, pernafasan 25 x/m dan suhu 37°C. Hasil observasi yang dilakukan tampak wajah klien meringis, gelisah, dan terdapat nyeri tekan pada epigastrium. Tanda dan gejala yang dialami pasien sesuai dengan tanda dan gejala pada dispepsia.

Diagnosa

Pada diagnosa keperawatan ditemukan 3 diagnosa yang muncul berdasarkan tinjauan teoritis yaitu :

a. Diagnosa yang muncul

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan maka peneliti mendapatkan 3 diagnosa yang muncul berdasarkan tinjauan teoritis yaitu defisit nutrisi dibuktikan dengan DS: klien mengatakan mual saat makan, klien mengatakan tidak ada selera makan, klien mengatakan berat badan menurun dari 56 kg dan sekarang 45 kg. DO: klien tampak lemas, klien tampak tidak menghabiskan makanannya. Gangguan pola tidur dibuktikan dengan DS: klien mengatakan sering terbangun pada malam hari, klien mengatakan susah untuk tidur karena merasa tidak nyaman dengan rasa nyeri yang dirasakan. DO: klien tampak lemas, klien tampak kekurangan tidur, klien tampak pucat. Dan nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

b. Diagnosa yang tidak muncul

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan maka peneliti tidak memunculkan 1 diagnosa yaitu dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi karena tidak ditemukannya data penunjang untuk ditegakkannya diagnosa tersebut. Sehingga pada diagnosa keperawatan ini ditemukan adanya kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.

Intervensi

Secara keseluruhan semua intervensi yang sudah dibuat telah dilaksanakan dengan cukup baik, namun pada intervensi ditemukan beberapa kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus. Karena intervensi disesuaikan berdasarkan kebutuhan klien yang peneliti temukan saat melakukan asuhan keperawatan.

Implementasi

Implementasi ini akan merumuskan respon terhadap implementasi yang telah dilakukan pada pasien untuk melanjutkan proses keperawatan selanjutnya. Seperti yang ditemukan pada respon hari pertama yaitu tanggal 24 Mei belum menunjukkan perubahan atau keberhasilan dalam tindakan keperawatan yang telah dilakukan sehingga implementasi tetap dilanjutkan pada tanggal 25-27 Mei 2024. Hal ini dilakukan sampai terjadinya kemajuan atau perubahan dalam proses penyembuhan pasien. Pada implementasi tidak ditemukannya kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.

Evaluasi

Berdasarkan hasil dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk mengatasi tiga diagnosa keperawatan yang telah diperoleh maka pada tahap evaluasi ini telah didapatkan hasil bahwa keadaan pasien mulai membaik. Sehingga pada tahap evaluasi ini tidak ditemukannya kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih saya ucapan kepada kepala Wisma Seroja UPT PSTW Husnul Khotimah dan pembimbing saya bapak Ns. Ridha Hidayat, M.Kep.

SIMPULAN

1. Pengkajian yang didapatkan yaitu klien mengeluhkan sakit dibagian perut dan nyeri ulu hati, mual saat makan. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan timbul secara tiba-tiba dengan skala nyeri 6, setelah dilakukan pemeriksaan maka didapatkan TD 140/77 mmHg.
2. Diagnosa yang muncul yaitu nyeri kronis berhubungan dengan agen pecedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan mual yang mengakibatkan kurangnya asupan makanan yang cukup, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
3. Intervensi yang direncanakan yaitu mengontrol nyeri dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam, meningkatkan nafsu makan dengan menyajikan makanan yang menarik dan berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi mis buah buahan, meningkatkan pola tidur klien dengan menepati kebiasaan waktu tidur atau menciptakan lingkungan yang nyaman.
4. Implementasi yang diberikan kepada pasien sesuai dengan intervensi yang telah dibuat yaitu mengontrol nyeri dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam, meningkatkan nafsu makan dengan menyajikan makanan yang menarik dan berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi mis buah buahan, meningkatkan pola tidur klien dengan menepati kebiasaan waktu tidur atau menciptakan lingkungan yang nyaman.
5. Pada tahap evaluasi didapatkan kemajuan dan peningkatan pada pasien. Masalah teratasi dan tindakan dihentikan

DAFTAR PUSTAKA

- Antonia, R., R, W., & Einiasih. (2023). *Efektivitas Rendam Hangat Jahe Merah Dan Kompres Hangat Jahe Merah Terhadap Nyeri Sendi Rheumatoid Arthritis Pada Lansia Di Desa Kalimaro*. 8(2), 34–40.
- Diana, L. N. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z Dengan Diagnosa Medis Dispepsia Diruang Hasyim Ashari Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama* Http://Repository.Unissula.Ac.Id/31241/1/Keperawatan%28d3%29_40902000047_Fullpdf.Pdf
- Dpp Ppni, Tim Pokja S. (2017a). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (1st Ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

- Dpp Ppni, Tim Pokja S. (2017b). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (1st Ed.).
- Dpp Ppni, Tim Pokja S. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st Ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Dpp Ppni, Tim Pokja Siki. (2016). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.
- Fitri Habeahan. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Dyspepsia Dengan Nyeri Di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2023 Oleh. *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 7(2), 809–820.
- Oktavianti, L. (2019). Tahap Evaluasi Asuhan Keperawatan Yang Harus Diterapkan Oleh Perawat. *Kesehatan*, 1–6. <Https://Osf.Io/Bsmxk/Download/?Format=Pdf>
- Rahmah, Y., Zulfitri, R., Lestari, W., Studi, P., Keperawatan, I., & Riau, U. (2017). *Gambaran Dispepsia Pada Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Ria*. 5–12.
- Rosadi, A. A., Janah, E. N., & Hedyanto, W. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada An. R Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Dispepsia Di Ruang Dahlia Rsud Dr. Soeselo Kabupaten Tegal*. 1(4).
- Sugiarto. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dispepsia*. 4(1), 1–23.
- Sumartini, B., Ari, E., Dedi, S., Leili, W., Rosyid, S., Syafitri, R., Ani, Y., Ledia, S., Ferdinand, R., Widanarti, S., Fajar, S., Berliany, S., Sipollo, V., Dian, M., Kusuma, S., Mulyana, H., Febriana, D., & Sulistiyani, A. Y. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik (Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)* Penerbit Cv.Eureka Media Aksara.
- Tri, T., Wahyu Sarwiyata, T., & Sulistyowati, E. (2023). Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan Dan Pemakaian Herbal Sebagai Swamedikasi Serta Pengaruhnya Terhadap Quality Of Life Pada Dispepsia Di Puskesmas Sisir Kota Batu. *Jurnal Kedokteran Komunitas*, 1–8.
- Tumiwa, F., Pondaa, A., & Musak, R. (2023). Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Abdominal Pain Di Igd Rsud X. *Gema Wiralodra*, 14(1), 358–363.
- Wibawani, E. A., Faturahman, Y., & Purwanto, A. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dispepsia Pada Pasien Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam Di Rsud Koja (Studi Pada Pasien Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam Di Rsud Koja Tahun 2020). *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, 17(1), 257–266. <Https://Doi.Org/10.37058/Jkki.V17i1.3605>