

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY.S DENGAN SINDROM
DISPEPSIA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR RASA
NYAMAN NYERI DI RUANG RAUDHA III
RS ALIYAH 3**



KARYA TULIS ILMIAH

*Diajukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan program
Diploma III Keperawatan*

OLEH:

DYTIA KHOIRUNNISA

P00320018017

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLTEKKES KEMENKES KENDARI

JURUSAN KEPERAWATAN

TAHUN 202

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Mahasiswa : Dytia Khoirunnisa

NIM : P00320018017

Institusi Pendidikan : Poltekkes Kemenkes Kendari

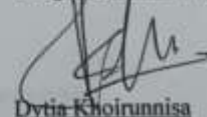
Judul KTI : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY.S
DENGAN SINDROM DISPEPSIA DALAM
PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR RASA NYAMAN
NYERI DI RUANG RAUDHA III RS ALIYAH 3**

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tugas akhir yang saya tulis ini adalah benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah hasil ciplakan maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kendari, 29 Juni 2021

Yang Membuat Pernyataan



Dytia Khoirunnisa

HALAMAN PERSETUJUAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY.S DENGANSINDROM
DISPEPSIA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR RASA
NYAMAN NYERI DI RUANG RAUDHA III RS ALIYAH 3

Disusun dan Diajukan Oleh

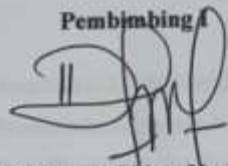
DYTIA KHOIRUNNISA

P00320018017

Telah Mendapatkan Persetujuan dari Tim Pembimbing

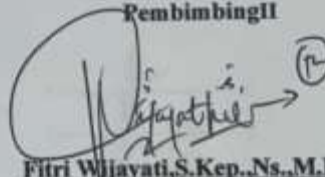
Menyetujui

Pembimbing I



DR.Lilin Rosvanti,S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 197611222001122001

PembimbingII



Fitri Wajavati,S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.197809072002122002

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan

Indriono Hadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP.19700330 199503 1403



HALAMAN PENGESAHAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY.S DENGAN SINDROM
DISPEPSIA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR RASA
NYAMAN NYERI DI RUANG RAUDHA III
RS ALIYAH 3

Yang disusun dan diajukan oleh :

DYTIA KHOIRUNNISA

NIM : P00320018017

Telah Di Pertahan Kan Pada Seminar Hasil Karya Tulis Ilmiah Di Depan Tim
Penguji Pada Hari/ Tanggal : Juni 2021
Dan Telah Di Nyatakan Telah Memenuhi Syarat

TIM PENGUJI

- | | |
|--|---------|
| 1. Asminarsi ZP,M.Kep,Sp.Kep.Kom | (.....) |
| 2. Muhaimin Saranani,S.Kep.,Ns.,M.Sc | (.....) |
| 3. Reni Devianti U,M.Kep.,Sp.M.Kep MB | (.....) |
| 4. DR.Lilin Rosyanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep | (.....) |
| 5. Fitri Wijayati,S.Kep.,Ns.,M.Kep | (.....) |

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kendari

Indriano Hadi, S.Kep.,Ns., M.Kes

NIP : 19700330 199503 1001



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS

1. Nama Lengkap : DYTIA KHOIRUNNISA
2. Tempat, tanggal Lahir : Talia, 16 Juni 2000
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Suku/Kebangsaan : Bugis / Indonesia
6. Alamat : Jln. Kelurahan Talia, RT.4/RW.2
7. No. Telp/HP : +62 81243209144

II. PENDIDIKAN

1. Sekolah Dasar 08 Abeli 2006 - 2012
2. Sekolah Menengah Pertama Negeri 14 Kendari 2012 - 2015
3. Sekolah Menengah Atas Negeri 8 Kendari 2015 - 2018
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari 2018 - 2021

MOTTO

MAN JADDA WAJADA

SIAPA BERSUNGGUH – SUNGGUH PASTI BERHASIL

MAN SHABARA ZHAFIRA

SIAPA YANG BERSABAR PASTI BERUNTUNG

MAN SARA ALA DARBI WASHALA

SIAPA MENAPAKI JALAN-NYA AKAN SAMPAI KE TUJUAN

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT karena berkat, rahmat dan karunia-nya, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.S Dengan Sindrom Dispepsiaa Dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Rasa Aman Nyaman Nyeri Di Ruang Raudha III Rs Aliyah 3 "saya ingin mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Ibu Askrening, SKM.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik kesehatan kendari.
2. Kepala Dinas Kesehatan Aliyah 3 yang sudah memberikan izin saya untuk mengambil data terkait judul Karya Tulis Ilmiah saya.
3. Kepala Ruangan Keperawatan Rs Aliyah 3 yang telah memberikan izin penelitian saya.
4. Bapak Indriono Hadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik kesehatan kendari.
5. Ibu Reni Devianti Usman, M.Kep.,Sp.KMB, selaku Sekretaris Jurusan Keperawatan Politeknik kesehatan kendari.
6. Ibu DR.Lilin Rosyanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Ibu Fitri Wijayati,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing I dan pembimbing II yang telah membimbing saya dengan sebaik-baiknya demi tercapainya Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ibu Asminarsi ZP,M.Kep,Sp.Kep.Kom, Bapak Muhaimin Saranani,S.Kep.,Ns.,M.Sc dan Ibu Reni Devianti U,M.Kep.,Sp.M.Kep MB. selaku Dosen-Dosen Penguji yang telah memberikan arahan dan masukan-masukan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berjalan dengan sebaik-baiknya.
8. Kepada Seluruh Dosen dan Staf Politeknik kesehatan kendari Jurusan Keperawatan yang membimbing penulis dalam menempuh pendidikan.
9. Kepada ibu saya Hj. Fatma yang saya sayangi dan cintai terima kasih telah melahirkan dan mendidik saya hingga sekarang serta mendoakan dan mendukung saya dan kepada kakak spupu saya Puji Syukrianti Amb.Kep yang

telah membantu dan mengajar saya dalam penyusunan karya tulis ilmiah saya, segenap keluarga yang telah memberikan doa, dukungan dan motivasi sampai saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah saya.

10. Terimakasih kepada, sahabat saya imprianti, Hilda meisin, Nining Susilawati, alpira winsi, Resti Alfridha, faisyah, Sari, Iluh, Ainaya. terima kasih telah membantu menghilangkan titik jenuh saat kuliah dan membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah saya.
11. Dan tak lupa ucapan terimah kasih kepada sahabat tersayang saya Yul Devya dan Betricks yang selalu mensupport, memberikan saya saran dan selalu bersama saya dalam menyusun karya tulis ilmiah saya,

Kendari, 20 Juni 2021

Penulis

ABSTRAK

Dytia Khoirunnisa (P00320018017) Asuhan Keperawatan Pada klien Ny.S dengan sindrom dispepsia dalam pemenuhan kebutuhan dasar rasa nyaman nyeri di ruang raudha 3RS Aliyah 3. pembimbing I (DR.Lilin Rosyanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep). pembimbing II (Wijayanti,S.Kep.,Ns.,M.Kep). Latar Belakang : Sindroma dispepsia adalah kumpulan beberapa gejala klinis yang terdiri dari rasa sakit perut dan muntah (Arsyad et al., 2018). Dispepsia merupakan gangguan proses dan fungsi pencernaan. Dispepsia ditandai rasa tidak nyaman di perut bagian atas, nyeri kronis, dapat berulang, dapat disertai mual dan nyeri di ulu hati atau di bagian perut atas (Ju et al., 2020). keluhan ini akan semakin terasa jika penderita kekenyangan dan akan diperberat ketika penderita mengkonsumsi makanan yang berbumbu, berlemak dan mengandung kafein (Masalah, 2009). **Metode:**Rancangan studi kasus yang digunakan dalam penelitian ini studi kasus dengan metod deskriptif yaitu suatu metode yang dilakukan dengan tujuan untuk memaparkan atau membuat gambaran tentang studi keadaan secara objektif dan menganalisis lebih mendalam tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sindrom Dispepsia Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Di Ruang perawatan Raudah 3 RSU Aliyah 3 Kendari.**Hasil:** Masalah keperawatan didapatkan pada Ny.S gangguan kebutuhan nyeri akut dengan intervensi manajemen nyeri yang dilakukan selama 3 hari dengan prioritas masalah yaitu dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam. **Kesimpulan:** Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan yaitu mengenai penerapan terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien sindrom dyspepsia didapatkan hasil tingkat nyeri pada hari pertama penelitian yaitu skala 6, setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam menurun menjadi skala 4, dan pada hari ketiga penerapan teknik relaksasi napas dalam skala nyeri menurun menjadi 2 (nyeri ringan). Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan hasil sebelum dan sesudah diberikan intervensi teknik relaksasi napas dalam, hal ini menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dalam efektif dalam menurunkan tingkat nyeri.

Kata kunci:Syndrom Dispepsia,Nyeri Akut,Manajemen Nyeri, Faktor yang berhubungan dengan syndrom dyspepsia, Manajemen nyeri dengan kombinasi teknik relaksasi nafas dalam

DAFTAR ISI

SURAT PERYATAAAN KEASLIAN TULISAN.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus.....	4
D. Manfaat Studi Kasus.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Penyakit.....	7
1. Pengertian Dyspepsia	7
2. Etiologi	8
3. Patofisiologis	10
4. Gejala Klinis	11
5. Penatalaksanaan.....	13
6. Pemeriksaan Penunjang.....	14
7. Komplikasi	14
8. Pengkajian Keperawatan	14
9. Diagnosa keperawaan.....	17

B. Konsep Dasar Keburuhan Rasa Nyaman (Nyeri).....	20
1. Pengertian Kenyamanan	20
2. Faktor-faktor Yanag mempengaruhi kenyamanan	21
3. Definisi nyeri	22
4. Fisiologis nyeri	23
5. Klasifikasi nyeri.....	23
6. Faktor yang mempengaruhi nyeri.....	24
7. Respon tubuh terhadap nyeri	27
8. Skala pengukuran nyeri	28
9. Pengkajian keperawatan	30
10. Diagnosa keperawatan.....	31
11. Perencanaan keperawatan.....	33
12. Analisis tindakan keperawatan	36
BAB III METODE STUDI KASUS	40
A. Rancangan studi kasus.....	41
B. Subjek studi kasus	41
C. Fokus studi.....	41
D. Definisi oprasional.....	41
E. Pengumpulan data	43
F. Tempat dan waktu	46
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	49
A. Hasil studi kasus	49
B. Pembahasan	69
BAB V PENUTUP	77
A. Kesimpulan	77
B. Saran	
DAFTARPUSTAKA	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan data *World Health Organization*(WHO) kasus dispepsia didunia diantara 7-45%. Prevelensi dispepsia di Amerika Serikat 23-25,8%, India 30,4%, Hongkong 18,4%, Australia 24,4-38,2%, dan China sebesar 23,3% (Purnamasari,2017). Data Profil Kesehatan Indonesia, dispepsia menempati peringkat ke-10 untuk kategori penyakit terbanyak pasien rawat inap di Rumah Sakit dengan jumlah pasien 34.029 atau sekitar 1,59%. Prevelensi dispepsia di Asia Pasifik sekitar 10-20% juga merupakan keluhan yang banyak dijumpai (Jaji,2016).

Menurut data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2011, dispepsia termasuk dalam 5 besar penyakit rawat inap di rumah sakit tahun 2010 dengan angka kejadian kasus terbesar 18.807 (39,8%) pada pria dan 28.497 (60,2%) pada wanita. Menurut peneliti Oshima, ddk di Asia pada tahun 2015 didapatkan hasil bahwa prevelensi dispepsia ialah 5.35-20.4%. Sindroma dispepsia dapat di klasifikasikan berdasarkan penyebabnya yaitu sindroma dispepsia akibat kelainan organik dan sindroma dispepsia fungsional (non-organik) (Najamuddin, 2020).

Berdasarkan survey awal yang telah dilakukan oleh peneliti pada rumah sakit umum aliya III kota kendari. Data pasien sindrom dispepsia rawat inap yang didapatkan pada RS Aliyah 3 dari tahun 2019 berjumlah 42 orang,tahun 2020 mengalami peningkatan yang sangat tinggi yaitu sebanyak 161 orang, di tahun 2021 dri bulan Januari- juni 94 orang.

Dispepsia merupakan gangguan proses dan fungsi pencernaan. Dispepsia ditandai rasa tidak nyaman di perut bagian atas, nyeri kronis, dapat berulang, dapat disertai mual dan nyeri di ulu hati atau di bagian perut atas. keluhan ini akan semakin terasa jika penderita kekenyangan dan akan diperberat ketika penderita mengkonsumsi makanan yang berbumbu, berlemak dan mengandung

kafein (Ju et al., 2020). Dispepsia meliputi kumpulan gejala klinis yang terdiri dari rasa tidak nyaman atau sakit menetap atau mengalami kekambuhan pada perut bagian atas. Keluhan akan gejala-gejala klinis tersebut kadang-kadang disertai dengan rasa panas di dada dan perut, rasa lekas kenyang, anoreksia, kembung, regurgitasi, dan banyak mengeluarkan gas asam dari mulut (Iman, 2016). Dispepsia dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah meningkatnya sekresi asam lambung, faktor diet dan lingkungan, serta faktor psikologi seperti stres (Perwitasari, 2016). Etiologi dispepsia merupakan masalah umum yang sering ditemukan pada klinik pengonatan. Ketika pasien selama pengobatan mempunyai gejala tanpa penyebab yang jelas sering didiagnosa *non-ulcer* dispepsia. Berdasarkan laporan menyebutkan presentase dispepsia karena kelainan organik sekitar 25%-33% dan 67%-75% tanpa penyebab yang jelas. Di seluruh dunia mempunyai prevalensi sekitar 10%-40%. Hal itu menunjukkan bahwa diagnosis dan evaluasi harus segera dilakukan. Keterlambatan diagnosis akan menyebabkan pasien dalam penderitaan dan peningkatan biaya pemeliharaan kesehatan (Randall ddk, 2014). 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. Manifestasi klinis pada sindrom dispepsia antara lain rasa nyeri atau ketidaknyamanan di perut, rasa penuh di perut setelah makan, kembung, rasa kenyang lebih awal, mual, muntah, atau bersendawa. Pada dispepsia organik, kecenderungan keluhan tersebut menetap, disertai rasa kesakitan dan jarang memiliki riwayat psikiatri sebelumnya.

Kebutuhan rasa nyaman merupakan suatu keadaan yang telah terpenuhi kebutuhan dasar yaitu kebutuhan akan ketentraman suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari, kelegaan karena kebutuhan sudah terpenuhi. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman yaitu kebutuhan yang bebas dari rasa nyeri. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan yang tidak nyaman pada pasien yang di tujukan ditimbulkan gejala dan tanda pada pasien (Wahyudi, 2016).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan. Nyeri bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatnya. Nyeri terjadi akibat dari kerusakan jaringan. Berdasarkan klasifikasi secara umum, nyeri terbagi menjadi atas nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut biasanya berlangsung tidak lebih dari 6 bulan, terjadi secara tiba-tiba dan terlokalisir. Nyeri ini biasanya di akibatkan oleh trauma atau inflamasi. Nyeri kronis berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan. Ketidaknyamanan akibat nyeri uluhati dapat diatasi dengan cara nonfarmakologi melalui teknik relaksasi nafas dalam yaitu mengalihkan perhatian terhadap nyeri.

Perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah dyspepsia di berbagai keadaan dan situasi, yang memberikan intervensi untuk meningkatkan kenyamanan, selain itu peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien adalah dengan cara melatih pasien untuk mengaplikasikan teknik penurunan stres, seperti pernapasan dalam dan imajinasi terbimbing, bicarakan pentingnya makan sering dalam jumlah kecil, dan jelaskan kepada pasien tentang diagnosis dan rencana perawatnya. Memberikan edukasi tentang pola makan yang baik dan pola hidup sehat untuk membantu meningkatkan kesehatan masyarakat (Masalah, 2009). Peran perawat pada gangguan rasa nyaman nyeri adalah teknik relaksasi napas dalam adalah teknik melakukan napas dalam dan menghembuskan napas dalam secara perlahan, kemudian pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Relaksasi secara umum sebagai metode yang paling efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri. Teknik relaksasi napas dalam adalah teknik melakukan napas dalam dan menghembuskan napas dalam secara perlahan, kemudian pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Relaksasi secara umum sebagai metode yang paling efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri. (Potter & Perry, 2012).

.Berdasarkan hasil survei awal yang telah dilakukan maka peneliti tertarik mengangkat judul Asuhan keperawatan pada klien dengan Sindrom

Dispepsia kebutuhan dasar rasa nyaman akibat nyeri di Ruang Raudha III RSU Aliyah 3.

B. Rumusan Masalah

Dengan melihat latar belakang di atas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “ Bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Perawatan Raudha 3 RS Aliyah 3”.

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mengetahui penatalaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Perawatan Raudha 3 RS Aliyah 3.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian Keperawatan pada pasien Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Perawatan Raudha 3 RS Aliyah 3.
- b. Mampu merumuskan Diagnosa Keperawatan pada pasien Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Perawatan Raudha 3 RS Aliyah 3.
- c. Melakukan intervensi atau rencana Keperawatan pada pasien Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Perawatan Raudha 3 RS Aliyah 3.
- d. Mampu melakukan tindakan atau implementasi Keperawatan pada pasien Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Perawatan Raudha 3 RS Aliyah 3.

- e. Melakukan evaluasi pada pasien Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Perawatan Raudha 3 RS Aliyah 3.
- f. Analisis intervensi pada pasien Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Perawatan Raudha 3 RS Aliyah 3.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Klien/Masyarakat
Meningkatkan pengetahuan klien/masyarakat mengenai pasien Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman .
2. Bagi pengembang ilmu dan teknologi keperawatan
Dapat menambah wawasan dan teknologi terapan bidang keperawatan pada pasien Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan Rasa Nyaman.
3. Bagi Peneliti
Sebagai tambahan pengetahuan dan pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pada pasien Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan Rasa Nyaman.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian Dyspepsia

Dispepsia merupakan gangguan proses dan fungsi pencernaan. Dispepsia ditandai rasa tidak nyaman di perut bagian atas, nyeri kronis, dapat berulang, dapat disertai mual dan nyeri di ulu hati atau di bagian perut atas. Dispepsia merupakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman yang berpusat pada perut bagian atas, yang dapat disertai keluhan- keluhan lain, seperti perut cepat terasa penuh (fullness), kembung (bloating), atau cepat merasa kenyang, meskipun baru makan lebih sedikit dari pada porsi biasanya (early satiety); dan cepat tidak berhubungan dengan fungsi kolon (Ju et al., 2020).

Gejala-gejala dispepsia dapat mengganggu aktifitas sehari-hari dan mengakibatkan suatu dampak yang bermakna terhadap kualitas hidup dan peningkatan biaya pengobatan. Sedangkan pada dispepsia fungsional dapat dua pola yang telah ditemukan adalah : a) postprandial distress sindrom, dan b) epigastric pain sindrom (Drug & Stanciu, 2007).

2. Etiologi

Berdasarkan penyebabnya, Dispepsia dibedakan menjadi dua jenis, yaitu Dispepsia organik dan Dispepsia fungsional (Ju et al., 2020)

a. Dispepsia organik

Dispepsia organik artinya Dispepsia yang penyebabnya sudah pasti. Dispepsia jenis ini jarang ditemukan pada pasien usia lebih dari 40 tahun. Penyebabnya antara lain sebagai berikut:

- 1) Dispepsia tukak (ulcus-like Dispepsia). Gejala yang ditemukan biasanya nyeri ulu hati pada waktu tidak makan/perut kosong.

- 2) Dispepsia tidak tukak. Gejalanya sama dengan Dispepsia tukak, bisa pada pasien gastritis, duodenitis, tetapi pada pemeriksaan tidak ditemukan tanda-tanda tukak.
 - 3) Refluks gastroesofagus. Gejala berupa rasa panas di dada dan regurgitasi terutama setelah makan.
 - 4) Penyakit saluran empedu. Keluhan berupa nyeri mulai dari perut kanan atas atau ulu hati yang menjalar ke bahu kanan dan punggung.
 - 5) Karsinoma
 - a) Kanker esofagus. Keluhan berupa disfagia, tidak bisa makan, perasaan penuh diperut, penurunan berat badan anoreksia, adenopati servikal, dan cegukan setelah makan.
 - b) Kanker lambung. Jenis yang paling umum terjadi adalah adenokarsinoma atau tumor epitel. Keluhan berupa rasa tidak nyaman pada epigastrik, tidak bisa makan, dan perasaan kembung setelah makan
 - c) Kanker pankreas. Gejala yang paling umum antara lain penurunan berat badan, ikterik, dan nyeri daerah punggung atau epigastrik.
 - d) Kanker hepar. Gejala berupa nyeri hebat pada abdomen dan mungkin menyebar ke scapula kanan, penurunan berat badan, epigastrik terasa penuh, dan anoreksia.
 - 6) Obat-obatan golongan Non Steroid Inflammatory Drugs (NISD) dengan keluhan berupa rasa sakit atau tidak enak di daerah ulu hati, disertai mual dan muntah.
 - 7) Pankreatitis, keluhan berupa nyeri mendadak yang menjalar ke punggung, perut terasa makin tegang dan kencang.
 - 8) Sindrom malabsorpsi, keluhan berupa nyeri perut, nausea, anoreksia, sering flatus dan perut kembung.
 - 9) Gangguan metabolisme adalah kondisi dimana tubuh menghasilkan nutrisi yang berlebihan atau yang kurang bagi tubuh.
- b. Dispepsia fungsional

Dispepsia ini tidak memunculkan kelainan organik melainkan kelainan fungsi dari saluran cerna. Penyebabnya antara lain:

- 1) Faktor asam lambung, pasien biasanya sensitive terhadap kenaikan produksi asam lambung dan hal tersebut menimbulkan nyeri.
- 2) Kelainan psikis, stres, dan faktor lingkungan. Stres dan faktor lingkungan berperan penting pada kelainan fungsional saluran cerna, menimbulkan gangguan sirkulasi, motilitas, klan vaskularisasi.
- 3) Gangguan motilitas. Mekanisme timbulnya gejala Dispepsia mungkin dipengaruhi oleh susunan saraf pusat, gangguan motilitas di antaranya pengosongan lambung lambat, abnormalitas kontraktif, refluks gastroduodenal.
- 4) Penyebab lain-lainnya seperti adanya kuman *Helicobacter pylori*, gangguan motilitas atau gerak mukosa lambung, konsumsi banyak makan berlemak, kopi, alkohol, rokok, perubahan pola makan dan pengaruh obat-obatan yang dimakan secara berlebihan dan dalam waktu lama (Mardalena, 2018). Stres ringan dapat memicu terjadinya Dispepsia

3. Patofisiologi

Mekanisme patofisiologi timbulnya dispepsia fungsional atau ulkus peptikum masih belum seluruhnya dapat diterangkan secara pasti. Hal ini menunjukkan bahwa dispepsia fungsional merupakan sekelompok gangguan yang heterogen, namun sudah terdapat banyak bukti dari hasil penelitian para ahli yang dapat banyak bukti dari hasil peneliti para ahli yang dapat dijadikan pegangan. Beberapa studi menghubungkan mekanisme patofisiologi dispepsia fungsional dengan terjadinya infeksi *H. Pylori*, ketidak normalan motiltas, gangguan sensori visceral, faktor psikososial, dan perubahan-perubahan fisiologi tubuh yang meliputi gangguan pada sistem saraf otonom vegetatif, sistem neuroendokrin, serta sistem imun tubuh. Sedangkan patofisiologi ulkus peptikum diperkirakan akibat ketidak

seimbangan antara tekanan agresif (HCL dan pepsin) yang menyebabkan ulserasi dan tekanan defenif yang melindungi lambung (barier mukosa lambung, barier mukus lambung, sekresi HCO₃) (Yehuda, 2010).

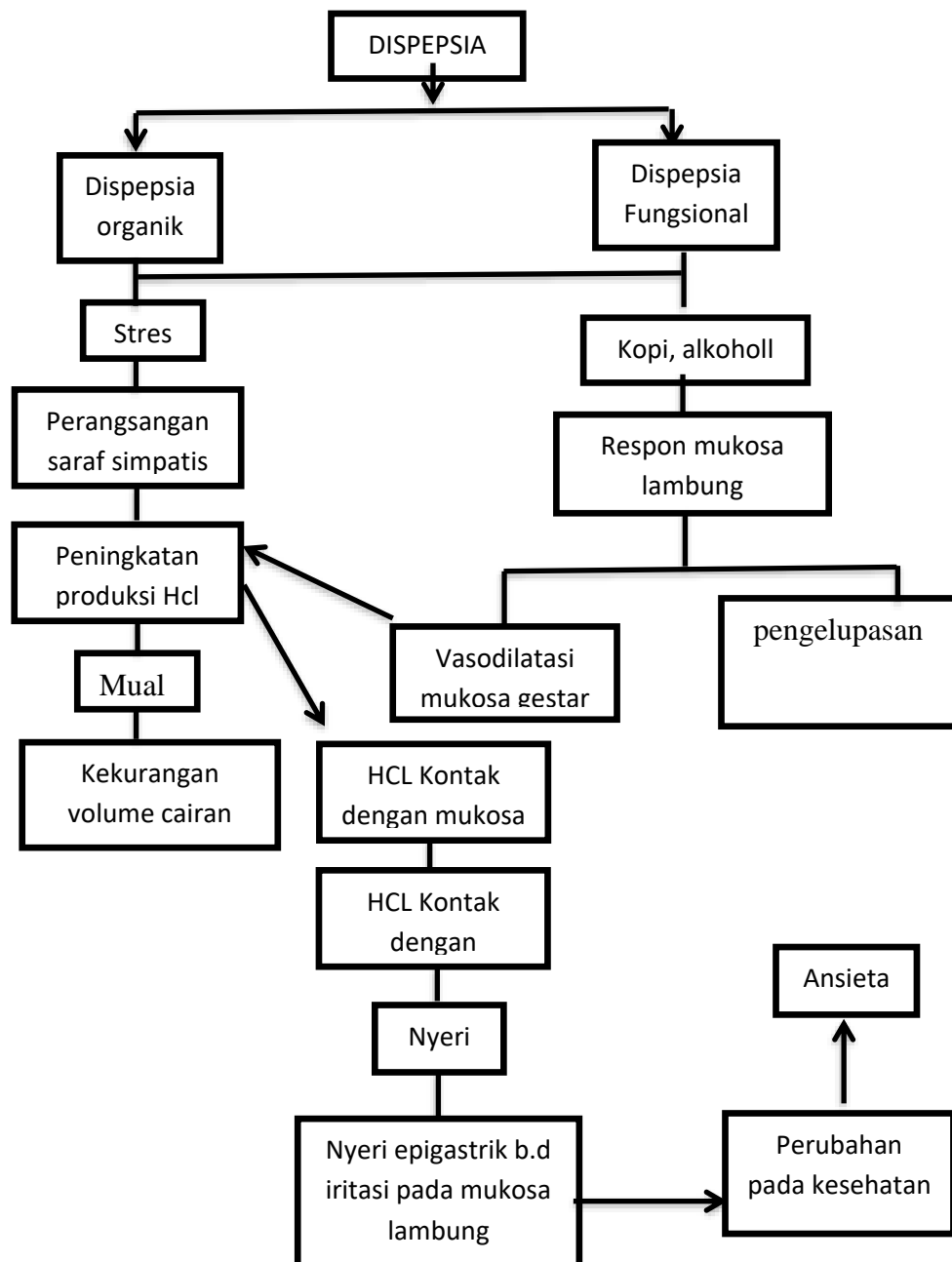
4. Gejala Klinis

Adanya gas diperut, rasa penuh setelah makan, perut menonjol, cepat kenyang, mual, tidak ada nafsu makan dan perut terasa panas. Rasa penuh, cepat kenyang, 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 (*KTI ADRIANA MUTI Niputu*, n.d.)

Dispepsia Perubahan pada kesehatan ansietas dispepsia fungsional, dispepsia organik, respon mukosa lambung, perangsangan saraf simpatis, kopi, alkohol, stress, nyeri, kontak dengan mukosa gaster, vasodilatasi mukosa gaster, mual, peningkatan produksi Hcl dilambung, muntah, kekurangan volume cairan, pengelupasan, nyeri epigastrik berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung, defisit pengetahuan (Muflih & Najamuddin, 2020)

5. Pathway

PATHWAY DISPEPSIA



6. Penatalaksanaan

Non Farmakologi tindakan-tindakan keperawatan dalam perawatan pasien dengan gangguan nyeri abdomen yaitu mengatur posisi pasien, hipnoterapi, terapi relaksasi, manajemen nyeri dan terapi perilaku. Farmakologis Pengobatan dyspepsia mengenal beberapa obat, yaitu: Antasida, Pemberian antasida tidak dapat dilakukan terus-menerus, karena hanya bersifat simptomatis untuk mengurangi nyeri (*KTI ADRIANA MUTI Niputu, n.d.*)

7. Pemeriksaan Penunjang

USG (Ultrasonografi) Merupakan diagnostik yang tidak invasif, akhir-akhir ini makin banyak di manfaatkan untuk membantu menentukan diagnostik dari suatu penyakit, apalagi alat ini tidak menimbulkan efek samping, dapat di gunakan setiap saat dan pada kondisi klien yang berat pun dapat dimanfaatkan`

8. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul pada Dispepsia antara lain pendarahan saluran cerna bagian atas, ulkus peptikum, perforasi lambung, dan anemia(Ju et al., 2020)

9. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

Identitas terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, tanggal masuk RS, penanggung jawab.

b. Keluhan Utama

Keluhan yang dirasakan oleh pasien sindrom dyspepsia biasanya yaitu nyeri/pedih pada epigastrium disamping atas dan bagian samping dada depan epigastrium, mual, muntah, dan tidak nafsu makan, kembung, rasa kenyang. Pengkajian pada masalah nyeri

dengan memperhatikan tanda-tanda verbal dan nonverbal, secara umum mencakup lima hal, yaitu :

P :*Provoking* (pemicu) yaitu nyeri terjadi karena kerusakan epigastrium

Q :*Quality* (kualitas nyeri) misalnya nyeri tertusuk-tusuk

R :*Regio* (daerah/lokasi) yaitu tempat nyerinya akan terasa di epigastrium

S :*Severity* (keparahan) yaitu intensitas nyeri berada pada skala 6

T :*Time* (waktu) yaitu nyerinya hilang timbul

c. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang biasanya ditemukan bagaimana nyeri yang dirasakan meliputi tanda-tanda verbal dan nonverbal yaitu PQRST.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Penting dalam menentukan apakah pasien mempunyai penyakit yang dapat mempengaruhi nyeri pada pasien dan daya pertahanan terhadap kenyamanan, karena rasa nyeri akan berbeda antara pasien yang normal dengan pasien yang mengalami penyakit epigastrium.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pola asuh keluarga biasanya akan mempengaruhi nyeri yang dirasakan pasien dan juga tergantung pengalaman nyeri yang dirasakan pasien sebelumnya.

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pasien sindrom dyspepsia biasanya mengalami meringis mengeluhkan mual, muntah, perut terasa kembung serta gelisah.

2) Tanda-tanda vital

Ditemukan tanda-tanda vital normal

3) Pemeriksaan *head to toe*

a) Kepala dan rambut

Bentuk kepala pasien biasanya normal, penyebaran rambut pasien dan biasanya terdapat perubahan kepala pasien setelah luka bakar, terdapat jejas dan lesi akibat luka bakar.

b) Mata

Ditemukan edema, adanya benda asing yang menyebabkan gangguan penglihatan serta bulu mata yang rontok akibat luka bakar.

c) Hidung

Ditemukan ada perdarahan, mukosa hidung kering, secret, sumbatan dan bulu hidung yang rontok akibat luka bakar.

d) Telinga

Ditemukan pasien mengalami gangguan pendengaran karena benda asing, pendarahan dan adanya serumen.

e) Mulut

Ditemukan ada sianosis karena kurangnya suplai darah ke otak, bibir yang kering karena intake cairan yang kurang.

f) Wajah

Ditemukan keadaan wajah pasien tampak meringis serta terdapat luka jika pasien terkena luka bakar.

g) Leher

Ditemukan denyut nadi karotis yang mengalami peningkatan sebagai kompensasi untuk mengatasi kekurangan cairan.

h) *Thorax* (paru-paru) :

I : Bentuk thorax, kondisi thorax, luas dan grade luka bakar, retraksi dinding dada

P : Ditemukan focal premitus kurang bergetar karena masuknya cairan ke paru-paru

P : Ditemukan sonor

A : suara napas irregular, adanya suara napas tambahan ronchi ^{+/+}

i) Jantung :

I : Ictus kordis tidak terlihat di apeks

P : Ictus kordis teraba di mid klavikula dibawah mammae

P : Pekak

A : Bunyi S1 S2 ireguler

j) Abdomen :

I : Kondisi dan bentuk perut, buncit ⁺ distensi ⁺, luas dan grade luka bakar

P : Nyeri tekan

P : Timpani

A : Bissing usus terdengar

10. Diagnosis Keperawatan

Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien sindrom dyspepsia dengan gangguan rasa nyaman (nyeri) menurut buku SDKI (2016) adalah sebagai berikut:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma) ditandai dengan :

Gejala tanda mayor :

Subjektif :

a) Mengeluh nyeri

Objektif :

a) Tampak meringis

b) Gelisah

c) Sulit tidur

1. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien. Dalam

menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan pasien, nilai dan kepercayaan pasien, batasan praktek keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan, serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerjasama dengan tingkat kesehatan lain. Kegiatan perencanaan ini meliputi memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan, criteria hasil serta tindakan (Hidayat, 2009). Berdasarkan buku SLKI (2019) dan SIKI (2018) susunan intervensi pada pasien sindrom dyspepsia yaitu :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis, implamasi, iskemia, neoplasma). Luaran : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- Keluhan nyeri dari meningkat menjadi menurun
- Meringis dari meningkat menjadi menurun
- Gelisah dari meningkat menjadi menurun
- Kesulitan tidur dari meningkat menjadi menurun
- Muntah dari meningkat menjadi menurun\
- Mual dari meningkat menjadi menurun
- Nafsu makan dari memburuk menjadi membaik
- Pola tidur dari memburuk menjadi membaik. (SLKI, 2019)

2. Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018) :

Manajemen Nyeri :

Observasi :

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri

- Identifikasi respon nyeri nonverbal
- Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. *TENS*, hypnosis, akupresur, terapi music, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi dingin, dan terapi relaksasi napas dalam)
- Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan kebisingan)
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara mandiri
- Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

B. Konsep Dasar Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri)

1. Pengertian Kenyamanan

Kebutuhan akan kenyamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retmik dan bakteriologis. Kebutuhan akan kenyamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Kenyamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (mis, penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal bergantung pada banyak factor, seperti kemampuanberkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami, tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang disekitarnya dan lingkungannya. Ketidaktahuan akan sesuatu kadang membuat perasaan cemas dan tidak nyaman (Ansarullah, 2011).

2. Factor-faktor yang Mempengaruhi Kenyamanan

Adapun factor-faktor yang mempengaruhi kenyamanan, antara lain : (Yusuf, 2015)

- a. Emosi, kecemasan, depresi, dan marah akan mudah terjadi dan memengaruhi keamanan dan kenyamanan.
- b. Status mobilisasi keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resiko *injury* menyebabkan klien selalu merasa tidak aman dalam beraktifitas dan tidak nyaman dengan keterbatasan fisik lainnya.
- c. Gangguan persepsi sensori mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman, pendengaran dan penglihatan yang lebih sering tidak nyata menimbulkan rasa tidak nyaman saat gangguan datang.

- d. Keadaan imunitas, gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit.
- e. Tingkat kesadaran pada pasien koma, respon akan menurun terhadap rangsangan paralisis, disorientasi dan kurang tidur.
- f. Informasi atau komunikasi gangguan komunikasi seperti *aphasia* atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan.
- g. Gangguan tingkat pengetahuan kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.
- h. Penggunaan antibiotic yang tidak rasional, antibiotic dapat menimbulkan resistensi dan anafilaktik syok.
- i. Status nutrisi, keadaan nutrisi yang kurang menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya kelebihan nutrisi beresiko terhadap penyakit tertentu.
- j. Usia perbedaan, usia membedakan akibat yang terjadi dari apa yang dilakukan.
- k. Jenis kelamin, secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap tingkat kenyamanan.
- l. Kebudayaan, keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu meningkatkan dan mengatasi kenyamanan dalam hidupnya.

3. Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensor dan emosional yang tidak menyenangkan dan bersifat sangat subjektif. Oleh karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam skala atau tingkatannya (Triyana, 2013). Nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan actual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Internasional Association For Study of Pain).

4. Fisiologis Nyeri

Menurut Tamsuri (2012), reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap

stimulus kuat yang secara potensial merusak. reseptor nyeri disebut juga nonreseptor yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari saraf eferen.

Berdasarkan letaknya, nonreseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (*kutaneus*), somatic dalam (*deep somatic*), dan pada daerah visceral. Karena letaknya berbeda-beda inilah nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda. Noreseptor kutaneus berasal dari kulit dan subkutan. Nyeri yang berasal dari daerah ini biasanya mudah untuk dilokalisasi dan didefinisikan. Reseptor jaringan kulit (*kutaneus*) terbagi dalam dua komponen yaitu :

a. Serabut A Delta

Merupakan serabut komponen cepat (kecepatan transmisi 6-30m/detik) yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam, yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan.

b. Serabut C

Merupakan serabut komponen lambat (kecepatan transmisi 0,5-2 m/detik) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi.

5. Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri secara tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut mengindikasikan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi. Nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan terjadinya penyembuhan, nyeri ini umumnya terjadi kurang dari enam bulan dan biasanya kurang dari satu bulan (Brunner & Suddart, 2012).

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang atau suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (Potter & Perry, 2006).

6. Factor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut (Wahyudi, 2016) factor yang mempengaruhi nyeri :

a. Usia

Usia merupakan variable penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Anak kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Anak-anak juga mengalami kesulitan secara verbal dalam mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Sedangkan pasien yang berusia lanjut memiliki resiko tinggi mengalami situasi yang membuat mereka merasakan nyeri akibat adanya komplikasi penyakit degenerative.

b. Jenis kelamin

Beberapa budaya mempengaruhi jenis kelamin menganggap seseorang bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis. Sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri.

c. Kebudayaan

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah suatu yang alamiah. Kebudayaan ini cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (introvert). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian hal ini dapat mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

d. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut member kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

e. Perhatian

Tingkat seseorang memfokuskan perhatiannya terhadap nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

f. Ansietas

Ansietas sering sekali meningkatkan persepsi nyeri tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Apabila rasa cemas tidak mendapatkan perhatian dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius.

g. Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

h. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya namun tidak selalu berarti suatu individu tersebut akan menerima dengan lebih mudah dimasa yang akan datang.

i. Gaya coping

Individu yang memiliki lokus terkendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri. Sebaliknya individu yang lokus eksternal mempersepsikan factor lain dalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir dari suatu peristiwa.

j. Dukungan keluarga dan social

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap

dirasakan namun kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

7. Respon Tubuh Terhadap Nyeri

Respon tubuh terhadap nyeri menurut (Wahyudi, 2016)

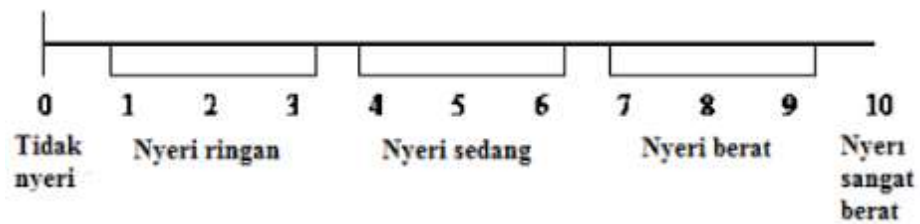
- a. Respon fisiologis Pada saat impuls naik ke medulla spinalis menuju ke batang otak dan hipotalamus, system saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai dari respon stress. Nyeri intensitas ringan hingga sedang dan nyeri yang superficial menimbulkan reaksi “flight atau fight” yang merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada system saraf otonom menghasilkan respon fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus-menerus secara tipikal akan melibatkan organ-organ visceral, system saraf parasimpatis menghasilkan suatu aksi. Respon fisiologis nyeri sangat membahayakan individu. Kecuali pada kasus-kasus berat yang dapat menyebabkan individu mengalami syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi, yaitu tanda-tanda fisik kembali normal. Demikian klien yang mengalami nyeri tidak akan selalu memperlihatkan tanda-tanda fisik.
- b. Respon perilaku Sensasi nyeri terjadi ketika merasakan nyeri. Gerakan tubuh yang khas dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri dapat menunjukkan oleh pasien sebagai respon perilaku terhadap nyeri. Respon tersebut seperti mengkerutkan dahi, gelisah, memalingkan wajah ketika diajak bicara.

8. Skala Pengukuran Nyeri

Pengukuran nyeri dapat diukur dengan beberapa cara, antara lain : (Saputra, Lyndon, 2013).

a. Skala nyeri menurut Hayward

Pengukuran intensitas skala nyeri dengan menggunakan skala nyeri Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (dari 1-10) yang menurutnya paling menggambarkan nyeri yang ia rasakan. Skala nyerinya sebagai berikut :



Gambar 2.1 Skala Numeris

0 = tidak nyeri

1-3 = nyeri ringan

4-6 = nyeri sedang

7-9 = nyeri berat

10 = nyeri sangat berat

b. Skala nyeri menurut McGill

Pengukuran intensitas skala nyeri dengan menggunakan skala nyeri menurut McGill dilakukan dengan meminta penderita memilih salah satu bilangan (0-5) yang menurutnya paling menggambarkan nyeri yang ia rasakan. Skala nyeri sebagai berikut :

0 : tidak nyeri

1 : nyeri ringan

2 : nyeri sedang

3 : nyeri berat atau parah

4 : nyeri sangat berat

4 : nyeri hebat

c. Skala wajah atau Wong-Boker FACES Rating Scale

Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah yang dilakukan dengan cara memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyatakan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya pada anak-anak atau lansia.



Gambar 2.2 Skala Visual Analog Scale

1. Ekspresi wajah 1 : tidak merasa nyeri sama sekali
2. Ekspresi wajah 2 : nyerinya hanya sedikit
3. Ekspresi wajah 3 : sedikit lebih nyeri
4. Ekspresi wajah 4 : jauh lebih nyeri
5. Ekspresi wajah 5 : sangat nyeri
6. Ekspresi wajah 6 : sangat nyeri sampai pasien menangis

9. Pengkajian Keperawatan

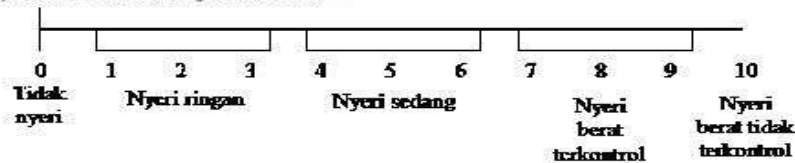
Pengkajian pada masalah nyeri (gangguan rasa nyaman) yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri; keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST :

- P (pemacu), yaitu factor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri.

- Q (quality) dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat.
- R (region), yaitu daerah perjalanan nyeri.
- S (severity) adalah keparahan atau intensitas nyeri.
- T (time) adalah lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri.

Pengukuran nyeri dapat menggunakan beberapa skala, salah satu alat untuk mengukur tingkat keparahan nyeri yaitu skala deskriptif verbal yang lebih bersifat objektif. Skala ini merupakan sebuah garis yang didalamnya terdapat beberapa kalimat pendeskripsian yang tersusun dalam jarak yang sama sepanjang garis. Pada alat ukur ini, diurutkan dari tidak ada nyeri sampai nyeri paling hebat. Perawat meminta pada klien menunjukkan intensitas nyeri yang ia rasakan dengan menunjukkan skala tersebut. (Prasetyo, 2010)

1) skala intensitas nyeri deskriptif



10. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) menjelaskan ada 2 diagnosis keperawatan utama yang menggambarkan nyeri pada klien, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

a. Nyeri akut berhubungan dengan :

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma).

Ditandai dengan :

Gejala tanda mayor :

Subjektif :

- 1) Mengeluh nyeri

Objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Gelisah

3) Sulit tidur

b. Nyeri Kronis berhubungan dengan :

- 1) Kondisi musculoskeletal kronis
- 2) Kerusakan system saraf
- 3) Penekanan saraf
- 4) Infiltrasi tumor
- 5) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
- 6) Gangguan imunitas (ims. Neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster)
- 7) Gangguan fungsi metabolic
- 8) Riwayat posisi kerja statis
- 9) Peningkatan indeks masa tubuh
- 10) Kondisi pasca trauma
- 11) Tekanan emosional
- 12) Riwayat penganiayaan (mis. Fisik, psikologis, seksual)
- 13) Riwayat penyalahgunaan obat/zat)

Ditandai dengan :

Gejala tanda mayor :

Subjektif :

- 1) Mengeluh nyeri
- 2) Merasa depresi (tertekan)

Objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Gelisah
- 3) Tidak mampu menuntaskan aktivitas

11. Perencanaan Keperawatan

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan criteria hasil :

- Keluhan nyeri dari meningkat menjadi menurun
- Meringis dari meningkat menjadi menurun
- Sikap protektif dari meningkat menjadi menurun
- Gelisah dari meningkat menjadi menurun
- Kesulitan tidur dari meningkat menjadi menurun
- Muntah dari meningkat menjadi menurun
- Mual dari meningkat menjadi menurun
- Frekuensi nadi dari memburuk menjadi membaik
- Pola napas dari memburuk menjadi membaik
- Tekanan darah dari memburuk menjadi membaik
- Nafsu makan dari memburuk menjadi membaik
- Pola tidur dari memburuk menjadi membaik. (SLKI, 2019)

12. Analisis Tindakan Keperawatan : Penerapan Teknik Relaksasi Napas Dalam

1. Definisi

Manajemen nyeri adalah pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien, sedangkan pemberian analgetik adalah penggunaan agen farmakologi untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri (Bulecheck et al, 2013).

Cara yang paling efektif untuk mengurangi nyeri yaitu dengan menggabungkan intervensi farmakologi dan non farmakologi. Intervensi farmakologi dapat berupa pemberian analgetik, sedangkan intervensi nonfarmakologi meliputi masase, terapi es dan panas, teknik relaksasi, distraksi, hypnosis, guided imagery and music (GIM). (Smeltzer et al cit Suarilah et al, 2013).

Intervensi nonfarmakologi yang dapat dilakukan adalah teknik relaksasi napas dalam. Menurut Huges cit Jona et al (2016) teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu tindakan yang mampu merangsang tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen yaitu endorphin dan enkefalin, yang mana kedua zat tersebut memiliki sifat yang sama seperti morfin dengan analgetik

yang membentuk suatu system penekanan nyeri yang akhirnya akan menyebabkan ada perbedaan penurunan intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi napa dalam, dimana setelah dilakukan relaksasi napas dalam terjadi penurunan intensitas nyeri.

2. Batasan Karakteristik

- a. Pasien yang mengalami nyeri akut tingkat ringan sampai sedang akibat penyakit kooperatif
- b. Pasien yang nyeri kronis
- c. Nyeri pasca operasi
- d. Pasien yang mengalami stress

3. Data Mayor

Gejala tanda mayor :

Subjektif :

- 1) Mengeluh nyeri

Objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

4. Data Minor

Gejala tanda minor :

Subjektif :

(tidak tersedia)

Objektif :

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola napas berubah
- 3) Nafsu makan berubah

- 4) Proses berfikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri
- 7) Diaphoresis

5. Tujuan Relaksasi Napas Dalam

Relaksasi napas dalam bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress fisik maupun emosional, mengatasi atau mengurangi nyeri, menurunkan ketegangan otot dan tulang serta menurunkan kecemasan dan ketegangan otot yang berhubungan dengan fisiologis tubuh. Teknik relaksasi napas dalam ini mampu menurunkan nyeri pada pasien post op combustio, hal ini terjadi karena relative kecilnya peran otot-otot skeletal dalam nyeri pasca operasi atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam. (Majied et al 2011).

6. Manfaat Relaksasi Napas Dalam

Manfaat relaksasi napas dalam menurut (Setyoadi & Kusharyadi, 2011)

- a. Mengurangi nyeri
- b. Melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya disertai nyeri
- c. Mengurangi kecemasan yang memperburuk nyeri.

7. Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam ini terdapat beberapa cara yang bisa dilakukan, menurut Trullyen (2013), dibagi menjadi empat yaitu :

- a. Posisi relaksasi dengan telentang letakkan kaki terpisah satu sama lain dengan jari-jari kaki agak meregang lurus kearah luar, letakkan lengan pada sisi tanpa menyentuh sisi lain, pertahankan kepala sejajar dengan tulang belakang dan gunakan bantal yang tipis dan kecil dibawah kepala.

- b. Posisi relaksasi dengan berbaring miring, kedua lutut ditekuk, dibawah kepala diberi bantal dan dibawah perut sebaiknya diberi bantal juga, agar perut tidak menggantung.
- c. Posisi relaksasi dengan keadaan berbaring terlentang, kedua lutut ditekuk, kedua lengan disamping telinga.
- d. Posisi relaksasi dengan duduk. Duduk dengan seluruh punggung bersandar di kursi, letakkan kaki pada lantai, letakkan kaki terpisah satu sama lain, gantungkan lengan pada sisi atau letakkan pada lengan kursi dan pertahankan kepala sejajar dengan tulang belakang.

8. Prosedur Tindakan Relaksasi Napas Dalam

Prosedur tindakan relaksasi napas dalam yaitu sebagai berikut : (Murni, 2014)

a. Pra Interaksi

- 1) Mengkaji kondisi klien, memeriksa catatan keperawatan dan catatan medis klien
- 2) Mencuci tangan
- 3) Menyiapkan alat yang diperlukan

b. Tahap Orientasi

- 1) Member salam
- 2) Memperkenalkan diri
- 3) Panggil klien dengan namanya
- 4) Menanyakan kondisi dan keluhan klien saat ini
- 5) Menjelaskan maksud, tujuan dan cara dilakukannya teknik relaksasi napas dalam
- 6) Menjelaskan maksud, tujuan dan prosedur tindakan kepada keluarga dan klien
- 7) Persiapan ruangan : ruangan yang nyaman dan minimalkan kebisingan dan gangguan
- 8) Persiapan pasien : Minta pasien untuk berbaring dengan rileks

c. Tahap Kerja

- 1) Mencari posisi yang paling nyaman
- 2) Pasien meletakkan tangan disamping pasien
- 3) Kaki jangan disilangkan
- 4) Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3 perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
- 5) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- 6) Ulangi sampai 10 kali, dengan diselingi istirahat singkat setiap 5

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan studi kasus

Rancangan studi kasus yang digunakan dalam penelitian ini studi kasus dengan metod deskriptif yaitu suatu metode yang dilakukan dengan tujuan untuk memaparkan atau membuat gambaran tentang studi keadaan secara objektif dan menganalisis lebih mendalam tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sindrom Dispepsia Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Di Ruang perawatan Raudah 3 RSUD Aliyah 3 Kendari.

B. Subjek studi kasus

Subjek studi kasus dalam penelitian ini adalah Ny. S yang sedang mengalami Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman (nyeri) Di Ruang perawatan Raudah III RSUD Aliyah 3 .

C. Fokus studi kasus

Fokus studi pada penelitian ini adalah untuk mengetahui:

1. Gambaran asuhan keperawatan Sindrom Dyspepsia dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman (nyeri) Di Ruang perawatan Raudah III RSUD Aliyah
2. Teknik relaksasi napas dalam adalah pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien .

D. Defisi Operasional

1. Sindrom dispepsia merupakan suatu kumpulan gejala/keluhan yang terdiri dari rasa nyeri atau tidak nyaman diuluhati, mual, muntah, rasa cepat kenyang, perut terasa penuh, dan bersendawa. Reaksi ini menimbulkan gangguan ketidakseimbangan metabolisme dan seringkali menyerang individu usia produktif, yakni usia 30-50 tahun.
2. Kebutuhan rasa nyaman adalah suatu keadaan atau telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia dalam hal ini hilangnya atau menurunnya rasa nyeri

yang disebabkan oleh penyakit dispepsia yang diderita. Cara mengukur nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS)

3. Ny.S menderita penyakit dyspepsia berdasarakan diagnosa medis dari dokter yang tertera di buku RM asuhan keperawatan adalah asuhan atau tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny.S dengan sindrom dispepsia. Dengan urutan sebagai berikut :
 - a. Pengkajian adalah pengambilan data umum seperti identitas responden,data pemeriksaan fisik, data sistem pencernaan, dan data nyeri yang dialami.
 - b. Diagnosa adalah adanya nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis sindrom dispepsia pada Ny.S
 - c. Intervensi adalah rencana asuhan keperawatan yang akan diberikan pada klien yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri,kolaborasi pemberian analgetik injeksi ranitidine satu ampul 12 jam intravena.
 - d. Implementasi adalah melakukan asuhan keperawatan memberikan pada klien yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), menganjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik injeksi ranitidine satu ampul 12 jam intravena.). Yang dilakukan selama 3 hari dan dilakuan 2 kali sehari yaitu pagi dan sore hari.
 - e. Evaluasi adalah langkah terahir dari proses keperawatan yaitu menilai apakah terdapat penurunan rasa nyeri setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam. Keluhan nyeri dari meningkat menjadi menurun,meringis dari meningkat menjadi menurun,gelisah dari meningkat menjadi menurun.

E. Pengumpulan Data

a. Jenis Data

1) Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari subjek studi kasus berdasarkan format pengkajian asuhan keperawatan. Data primer pada penelitian ini diperoleh dari hasil observasi dan wawancara secara langsung dengan subjek penelitian. Data primer ditemukan dengan melakukan dua cara, yaitu :

a) Wawancara

Merupakan upaya yang dilakukan untuk mengumpulkan data secara lisan dari seorang responden atau sasaran peneliti, atau bercakap-cakap dan berhadapan muka dengan orang tersebut.

b) Observasi

Pemeriksaan melakukan pemeriksaan dengan melihat, mencatat jumlah data, syarat-syarat tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang akan diteliti.

c) Pemeriksaan Fisik

Untuk mengetahui keadaan fisik klien dilakukan pemeriksaan fisik, meliputi :

- Inspeksi

Pemeriksaan seluruh bagian tubuh yang dapat teraba untuk mendeteksi adanya kelainan atau tidak

- Palpasi

Pemeriksaan seluruh bagian tubuh yang dapat teraba untuk mendeteksi adanya kelainan atau tidak.

- Perkusi

Dilakukan dengan cara mengetuk permukaan tubuh klien

- Auskultasi

Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan mendengarkan menggunakan stetoskop.

2) Data Sekunder

Data pasien sindrom dyspepsia yang di peroleh dari rekam medis di RSUD Aliyah 3 Kendari.

b. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi langsung, wawancara dan studi dokumentasi. Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah :

- a. Mengajukan izin pengambilan data awal di RSUD Aliyah 3 Kendari
- b. Memberikan surat izin penelitian ke RSUD Aliyah 3 Kendari untuk mendapatkan persetujuan melakukan penelitian
- c. Menentukan responden Tn.M sebagai subjek penelitian sesuai criteria inklusi
- d. Memberikan penjelasan kepada responden tentang maksud, tujuan dan waktu yang dibutuhkan dalam melakukan penelitian ini.

c. Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian ini yaitu dalam bentuk tekstular atau narasi disertai dengan ungkapan verbal dari subjek studi kasus yang merupakan data pendukungnya.

F. Tempat dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat Raudha III di RSUD Aliyah 3 Kendari pada tanggal 02 maret 2021 sampai tanggal 04 maret 2021.

G. Etika Studi Kasus

Penelitian ini akan di ajukan kepada tim program karya ilmiah poltekkes kemenkes kendari jurusan keperawatan. Penelitian yang menggunakan manusia sebagai subyek tidak boleh bertentangan dengan etik. Tujuan penelitian harus etis dalam arti hak responden harus di lindungi dalam melakukan penelitian ini penulis menekankan pada prinsip etika meliputi :

- 1) Prinsip manfaat

a) Bebas dari penderitaan

Penelitian yang dilakukan harus dilaksanakan dengan tidak mengakibatkan penderitaan kepada subjek penelitian

b) Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subjek dalam penelitian harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Penelitian harus meyakinkan subjek bahwa apabila berpartisipasi dalam penelitian ini maka informasi yang telah diberikan tidak akan dipergunakan untuk merugikan subjek.

c) Resiko (benefit ratio)

Peneliti harus berhati-hati dalam melakukan penelitian agar tidak menimbulkan risiko yang dapat merugikan subjek.

2) Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia (Respect Human Dignity)

a) Hak untuk ikut atau tidak menjadi responden (right to self determination) subjek berhak untuk menentukan apakah mau berpartisipasi dalam penelitian atau menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan.

b) Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (right to full disclosure) seorang peneliti harus bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek dan harus memberikan penjelasan secara rinci

c) Informed consent, merupakan lembar persetujuan studi kasus yang diberikan kepada responden agar responden mengerti maksud dan tujuan studi kasus

3) Prinsip Keadilan

a) Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (right in fair treatment)

Peneliti harus adil dalam melakukan penelitian terhadap subjek, selama dan

sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi.

b) Hak dijaga kerahasiaannya (right to privacy)

Untuk menjaga kerahasiaannya pada lembar yang telah diisi oleh responden, penulis tidak mencantumkan nama secara lengkap, responden cukup mencantumkan nama inisial saja.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian pada kasus ini diperoleh melalui observasi langsung, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medic maupun catatan perawat yang dilakukan pada tanggal 02 Maret 2021 pukul 09:30 WITA dengan No.Rekam Medis 01-12-07, klien masuk RSUD Aliyah 3 Kendari pada tanggal 01 Maret 2021, dari pengkajian tersebut didapatkan data melalui penjelasan berikut ini :

I. pengkajian

a. Identitas klien

Nama : Ny. S
Umur : 58 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Desa Pangan Jaya Kec. Lainea.
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : SLTA/Sederajat
Pekerjaan : PNS
Pendapatan : 3.000.000 jt
Tanggal Masuk : 01 Maret 2021
Tanggal Pengkajian: 02 Maret 2021
No Registrasi : 01-12-07
Diagnosa Medis : Sindrom Dispepsia

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny.A

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : IRT

Hubungan Dengan Klien : Anak kandung

Alamat : Desa Pangan Jaya Kec. Lainea.

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien masuk Di Rumah Sakit Aliyah 3 pada tanggal 01 Maret 2021 di rawat Di Ruang Perawatan Raudha 3 dengan keluhan utama klien mengatakan nyeri ulu hati, pusing dan mual.

2) Keluhan saat dikaji :

Klien mengatakan nyeri pada bagian uluhati

3) Riwayat keluhan :

- a. Penyebab/faktor pencetus : Mual muntah
- b. Sifat keluhan : Nyeri seperti tertusuk-tusuk
- c. Lokasi dan penyebarannya : pada bagian epigastrium (uluhati)
- d. Skala keluhan : Skala nyeri 6 (nyeri sedang)
- e. Mulai dan lamanya keluhan : Pasien mengatakan nyeri sejak masuk rumah sakit
- f. Hal-hal yang memperberat/ meringankan: pasien mengatakan nyeri bisa berkurang hanya setelah diberikan analgetik

4). Riwayat Kesehatan Masa Lalu :

- a) Apakah pernah menderita penyakit yang sama : suami klien mengatakan pasien tidak pernah menderita penyakit yang sama sebelumnya dan tidak pernah dirawat di rumah sakit
- b) Riwayat alergi : Pasien mengatakan tidak menderita alergi makanan, minuman dan zat obat
- c) Kebiasaan/ketergantungan terhadap zat :

- 1) Merokok : Pasien mengatakan tidak merokok
- 2) Minuman alcohol : Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi minuman beralkohol
- 3) Minum kopi : Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi kopi
- 4) Minum obat-obatan : Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat-obatan.

5). Riwayat Keluarga/ Genogram

a. Genogram

b. Riwayat kesehatan anggota keluarga:

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan pasien dan anggota keluarga tidak menderita penyakit menular.

6). Pemeriksaan Fisik :

a. Keadaan umum : keadaan umum klien lemah

b. Kesadaran : tingkat kesadaran klien komposmentis GCS E:4 V:5
M :6

c. Tanda-tanda vital :

- 1) Tekanan darah : 120/80 mmHg
- 2) Pernapasan : 20x/menit
- 3) Suhu : 36,6 °C
- 4) Nadi : 80 x/menit

d. Berat badan tinggi badan :

- 1) Berat badan : 50 kg
- 2) Tinggi badan : 150 cm
- 3) IMT : 24,4

- e. Kepala : bentuk kepala simetris, nampak kulit kepala bersih, tidak ada nyeri kepala, klien merasa pusing, distribusi rambut bersih, rambut tidak mudah tercabut, dan tidak ada alopecia.
- f. Mata : kedua mata simetris, tidak ada edema dan ptosis, sclera kemerah-merahan, konjungtiva anemis, reflex pupil isokor, ketajaman mata baik, pergerakan bola mata baik, lapang pandang baik, tidak ada diplopia, tidak ada photophobia, tidak ada nistagmus, reflex kornea baik, tidak ada nyeri pada kedua mata.
- g. Telinga : kedua telinga simetris, tidak ada sekret atau serumen, ketajaman pendengaran baik, tinnitus baik, tidak ada nyeri yang dirasakan pada telinga.
- h. Hidung : hasil hidung simetris, tidak ada perdarahan, tidak ada sekresi, fungsi penciuman baik, dan tidak ada nyeri pada hidung.
- i. Tenggorokan dan mulut : fungsi berbicara baik, kelembapan bibir kering, posisi uvula baik, mukosa bibir baik, keadaan tonsil baik, stomatitis baik, warna lidah pucat, tidak ada tremor pada lidah, kebersihan lidah bersih, tidak ada bau mulut, kelengkapan gigi sudah tidak lengkap, kebersihan gigi cukup bersih, tidak ada karies pada gigi, suara parau tidak ada, terdapat kesulitan menelan akibat mual, kemampuan mengunyah baik, dan fungsi mengecap baik.
- j. Leher : mobilitas leher baik, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pelebaran vena jugularis dan trachea baik.
- k. Thoraks dan paru-paru : bentuk dada simetris, pengembangan dada baik, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada tanda jejas, taktir fremitus getaran kiri dan kanan, tidak ada masa, tidak ada dispnea, tidak ada ortopnea, suara nafas baik, bunyi nafas tambahan tidak ada, nyeri pada dada.
- l. Abdomen : warna kulit sawo matang, tidak ada distensi abdomen, tidak ada ostomy, tidak ada tanda jejas, peristaltic

18X/menit, perkusi abdomen redup, tidak ada massa, nyeri tekan ada pada area ulu hati.

m. Ekstremitas : warna kulit sawo matang, tidak terdapat purpura atau ekimosis, tidak terdapat atrofi, tidak ada hipertropi, tidak ada lesi atau luka, pigmentasi baik, tidak ada deformitas sendi, tidak ada deformitas tulang, tidak ada tremor, tidak ada varises, tidak ada edema, turgor kulit baik, kelembapan kulit baik, *capillary refilling time (CRT)* < 3, pergerakan ekstremitas normal, kekakuan sendi lemah, kekakuan otot lemah, tonus otot normal, kekuatan sendi lemah, tidak ada nyeri, dan tidak terjadi diaphoresis.

7) Pengkajian kebutuhan kenyamanan :

a. Apakah pernah menderita penyakit/trauma yang menyebabkan nyeri ?

klien mengatakan nyeri ulu hati secara tiba-tiba, upaya yang meringankan nyeri pada saat berbaring, karakteristik nyeri seperti tertusuk-tusuk, intensitas nyeri skala 6 (sedang), durasi nyerinya berangsur-angsur, dampak nyeri terhadap aktivitas tidak bisa melakukan aktivitas disebabkan nyeri dan pusing.

Jika ya, kapan terjadi?

Pasien mengatakan sudah menderita nyeri sejak masuk di rumah sakit sampai dilakukan pengkajian nyeri masih sangat dirasakan.

b. Faktor yang meringankan

Pasien mengatakan nyeri terasa berkurang saat berbaring dan telah diberi analgetik oleh perawat, namun setelah efek dari obat anti nyeri yang diberikan telah hilang maka nyeri akan kembali timbul dengan skala yang sama.

c. Pengaruh nyeri terhadap aktivitas

Pasien kesulitan melakukan aktivitas , dan seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga Hasil pengkajian fisik didapatkan data keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi pernafasan

20X/menit, frekuensi nadi 80X/menit, suhu tubuh 36,6°C. Hasil pengkajian kebutuhan kenyamanan didapatkan keluhan nyeri di area ulu hati, nyeri secara tiba-tiba, nyeri secara tiba-tiba, meringankan nyeri pada saat berbaring, karakteristik nyeri seperti tertusuk-tusuk, bentuk kepala simetris, nampak kulit kepala bersih, tidak ada nyeri kepala, klien merasa pusing, distribusi rambut bersih, rambut tidak mudah tercabut, dan tidak ada alopecia.

8) Pemeriksaan Penunjang

1. Foto thorax
2. Rapid test antigen SARS-COV-2 (-)
3. Cek darah rutin

9) Terapi

Terapi yang didapatkan klien di Raudha 3 yaitu terapi infus Ringe Laktat 20 tetes per menit, injeksi ranitidine satu ampul 12 jam intravena

B. Klasifikasi data

DS :

- a. Klien mengatakan nyeri uluhati
- b. Klien mengatakan pusing
- c. Klien mengatakan mual-mual
- d. Klien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk
- e. Klien mengatakan penyakitnya muncul tiba-tiba
- f. Klien mengatakan skalanya berada diangka 6 (sedang)

P: klien mengatakan nyerinya terjadi tiba-tiba

Q: klien mengatakan seperti tertusuk-tusuk

R: area ulu hati

S: skala 6 (sedang)

T: terjadi tiba-tiba

DO :

- a. Nampak klien lemah
- b. Nampak klien gelisah
Nampak klien meringis kesakitan
- c. Tanda-tanda vital
TD : 120/80 mmhg
S : 36,6 °C
N : 80X/menit
P : 20X/menit

C. Analisa Data

Nama pasien : Ny. S
Umur : 58 tahun
No. RM : 01-12-07

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Klien mengatakan nyeri uluhati b) Klien mengatakan pusing c) Klien mengatakan mual-mual d) Klien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk e) Klien mengatakan penyakitnya muncul tiba-tiba 	<p>DISPEPSIA</p> <p>↓</p> <p>Dispepsia organik</p> <p>↓</p> <p>Stres</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan produksi Hcl dilambung</p> <p>↓</p> <p>HCL Kontak dengan mukosa</p>	Nyeri Akut



	<p>f) Klien mengatakan skalanya diangka 6 (sedang)</p> <p>P: klien mengatakan nyerinya terjadi tiba-tiba</p> <p>Q: klien mengatakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: area ulu hati</p> <p>S: skala 6 (sedang)</p> <p>T: beragsur-angsur</p> <p>DO :</p> <p>a) Nampak klien lemah</p> <p>b) Nampak klien gelisah</p> <p>c) Nampak klien meringis kesakitan</p> <p>d) Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 120/80 mmhg</p> <p>S : 36,6 °C</p> <p>N : 80X/menit</p> <p>P : 20X/menit</p>	<p>Nyeri</p>	
--	---	--------------	--

D. Intervensi Keperawatan

Nama pasien : Ny. S

Umur : 58 tahun

No. RM : 01-12-07

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi,iskemia,neoplasma)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri dari meningkat menjadi menurun 2. Meringis dari meningkat menjadi menurun 3. Gelisah dari meningkat menjadi menurun 4. Mual dari meningkat menjadi menurun 5. Muntah dari meningkat jadi	Manajemen Nyeri Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik : 1. Berikan teknik nonfarmakologi

		menurun	<p>s untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat)</p> <p>2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan)</p> <p>3. Fasilitas istirahat tidur.</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5.
--	--	---------	--

			<p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik
			<p>Edukasi Teknik Nafas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya.

		<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas. 2. Jelaskan prosedur nafas dalam 3. anjurkan memposisikan tubuh senyamanmungkin(mis, duduk,baring) 4. ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan. 5. ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencuci secara perlahan. 6. demostrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik
--	--	--

			<p>dan menghembuskan napas selama 8 detik.</p>
			<p>Pemberian obat intravena Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, kontraindikasi obat. 2. periksa tanggal kadaluarsa obat 3. monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi) 2. pastikan ketepatan dan

			<p>kepatenan kateter IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. campurkan obat kedalam kantung, botol sesuai kebutuhan. 4. berikan obat IV dengan kecepatan yang tepat. 5. tempelkan label keterangan nama obat dan dosis pada wadah cairan IV. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan jenis obat, alasan pemberian tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian. 2. jelaskan faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan efektivitas oprinsip benar 6. <p>Adanya gas diperut, rasa</p>
--	--	--	--

			<p>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</p>
--	--	--	---

			<p>ansietas dan depresi (<i>KTI ADRIANA MUTI Niputu, n.d.</i>)</p> <p>Dispepsia Perubahan pada kesehatan ansietas dispepsia fungsional, dispepsia organic, respon mukosa lambung, perangsangan saraf simpatis, kopi, alcohol, stress, nyeri, kontak dengan mukosa gaster, vasodilatasi mukosa gaster, mual, peningkatan produksi Hcl dilambung, muntah, kekurangan volume cairan, pengelupasan, nyeri epigastrik berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung, defisit pengetahuan (Muflih & Najamuddin, 2020)</p> <p>Adanya gas diperut,</p>
--	--	--	---

		<p> rasa penuh setelah makan, perut menonjol, cepat kenyang, mual, tidak ada nafsu makan dan perut terasa panas. Rasa penuh, cepat kenyang, kembung setelah makan, mual muntah, sering bersendawa, tidak nafsu makan, nyeri uluh 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 (<i>KTI ADRIANA MUTI Niputu</i>, n.d.) Dispepsia Perubahan pada kesehatan ansietas dispepsia </p>
--	--	--

			<p> fungsional, dispepsia organik, respon mukosa lambung, perangsangan saraf simpatis, kopi, alcohol, stress, nyeri, kontak dengan mukosa gaster, vasodilatasi mukosa gaster, mual, peningkatan produksi Hcl dilambung, muntah, kekurangan volume cairan, pengelupasan, nyeri epigastrik berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung, defisit pengetahuan (Muflih & Najamuddin, 2020) </p>
--	--	--	---

E. Implementasi Keperawatan

Nama pasien : Ny.S

Umur : 58 tahun

No. RM : 01-12-07

DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI /TANGGAL	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi,iskemia,ne oplasma)	Selasa , 02 maret 2021	09:30	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi Hasil : nyeri pada daerah ulu hati, karakteristik nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, intensitas nyeri yaitu berangsur-angsur	S : 1. Klien mengatakan masih merasa nyeri uluhati 2. Klien mengatakan masih mual 3. Klien mengatakan skala nyeriya turun di angka 4
		09:35	2. Mengidentifikasi skala nyeri. Hasil : skala nyeri 6	O : 1. Nampak gelisah berkurang 2. Nampak meringis berkurang
		09:40	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.	3. Nampak klien terapi injeksi ranitidine

		09:45	<p>Hasil : Nampak ekspresi klien meringis.</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis.</p>	<p>A : 1. Masalah belum teratasi</p> <p>P : 1. Intervensi dilanjutkan</p>
		09:50	<p>Hasil : menerapkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>5. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri.</p>	
		09:50	<p>Hasil : klien paham terkait informasi yang diberikan.</p> <p>6. Mengkolaborasi pemberian analgetik .</p>	
			<p>Hasil : pemberian injeksi analgetik ketorolac iv/12 jam</p>	

Implementasi hari ke-2

DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI /TANGGAL	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Nyeri Akut b.d implamasi	Rabu, 03 maret 2021	16:00	1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, frekuensi. Hasil : nyeri pada daerah ulu hati,karakteristik nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk,intensitas nyeri yaitu berangsur-angsur	S : 1. Klien mengatakan nyerinya hilang timbul 2. Klien mengatakan skalanya menurun diangka 2.
		16:05		O : 1. Nampak klien tidak gelisah
		16:10	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 6	2. Nampak meringis klien menurun
		16:15	3. Mengidentifikasi respon nonverbal Hasil : nampak ekspresi klien sesekali masih meringis. 4. Memberikan teknik non farmakologis	3. Nampak klien terapi injeksi IV ranitidine. A : 1. Masalah sedikit teratasi

		16:20	<p>Hasil : menerapkan terapi relaksasi napas dalam</p> <p>5. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri.</p>	<p>P : 1. Intervensi dilanjutkan</p>
		16:25	<p>Hasil : klien paham terkait informasi yang diberikan.</p> <p>6. Mengkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>Hasil : ketorolac iv/12 jam.</p>	

Implementasi hari ke-3

DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/TANGGAL	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Nyeri Akut b.d implamasi	Kamis, 04 maret 2021	17:00	1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, frekuensi Hasil : nyeri pada daerah ulu hati,karakteristik nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk,intensitas nyeri yaitu berangsur-angsur	S : 1. Klien mengatakan nyerinya sudah hilang 2. Klien mengatakan sudah membaik O : 1. Nampak klien membaik
		17:05	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : klien mengatakan skala nyerinya 2	A : 1. Masalah teratasi P :
		17:10	3. Mengidentifikasi respon nonverbal Hasil : nampak keadaan umum klien membaik	1. Intervensi dihentikan
		17:15	4. Memberikan teknik non farmakologis	

		17:20	Hasil : menerapkan terapi relaksasi napas dalam	
		17:	5. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri. Hasil : klien paham terkait informasi yang diberikan. 6. Mengkolaborasi pemberian analgetik Hasil : ketorolac iv/12 jam	

1. Menerapkan Teknik Relaksasi Napas Dalam

No	Hari/tanggal	Waktu	Hasil
1.	Selasa, 2 maret 2021	09.30	Klien mengatakan memerlukan bimbingan perawat dalam menjalankan terapi relaksasi napas dalam.

		13.00	Klien mengatakan belum bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri
2.	Rabu , 3 maret 2021	14.30	Klien mengatakan sudah mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam sendiri.
		16.30	Klien mengatakan jika melakukan teknik relaksasi napas dalam nyerinya dapat berkurang.
3.	Kamis , 4 maret 2021	16.30	Klien mengatakan mampu memajemen nyerinya dengan melakukan teknik relaksasi napas dalam.
		19.00	Klien mengatakan nyerinya teratasi dengan teknik relaksasi yang diberikan.

Berdasarkan data diatas menunjukkan adanya penurunan skala nyeri yang dirasakan klien Ny. S. Pada hari pertama pada pukul 12.00 dilakukan pengukuran skala nyeri yaitu klien mengatakan nyerinya berada pada skala 6 (nyeri berat). Kemudian pada pukul 09.30 dilakukan teknik relaksasi napas dalam untuk pertama kali. Pada pukul 14.00 dilakukan pengukuran skala nyeri dan hasilnya skala nyeri belum berubah. Pada pukul 14.00 dilakukan latihan teknik relaksasi napas dalam untuk kedua kalinya. Pada hari kedua diberikan terapi relaksasi napas dalam pada pukul 14.30 dan 16.30 kemudian pada pukul 14.00 dilakukan pengukuran skala nyeri klien mengatakan nyerinya berkurang

dan skala nyerinya berada di skala 4 (nyeri sedang). Kemudian pada hari ketiga dilakukan teknik relaksasi napas dalam pada pukul 16.30 dan 17.00 kemudian dilakukan pengukuran skala nyeri pada pukul 19.00 didapatkan hasil klien mengatakan skala nyerinya berada pada skala 2 (nyeri ringan), klien mengatakan sudah mampu memajemen nyerinya secara mandiri dan mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri.

F. Pembahasan

Berdasarkan tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini dan hasil studi kasus yang penulis lakukan dari tanggal 02-03-2021 sampai dengan 04-03-2021 maka pada bagian ini penulis akan membahas tentang permasalahan tentang kasus yang ditemukan selama melakukan asuhan keperawatan pada klien Ny.S, berusia 58 tahun dengan Sindrom Dispepsia (nyeri ulu hati) dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman di ruang Raudha III Rumah Sakit Umum Aliyah 3 Kendari yang akan dibahas berdasarkan tahapan proses keperawatan yaitu tahap pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Asuhan Keperawatan pada Ny.S

a. Pengkajian

Tahap pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data klien baik data klien yang bersifat subjektif maupun yang nampak (data objektif). Teknik pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi dan studi kepustakaan. Pada tahap ini, penulis tidak mendapatkan hambatan selama meneliti karena klien cukup kooperatif dan dapat diajak bekerjasama dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Pada tahap pengkajian penulis melakukan pengkajian dengan menggabungkan format pengkajian rasa nyaman (nyeri) dan format pengkajian kebutuhan dasar manusia dan pengkajian fisik, yaitu tentang biodata klien (nama, umur, suku, alamat,

pendidikan, agama, pekerjaan), menanyakan keluhan utama, riwayat terjadinya nyeri, melakukan pengukuran skala nyeri.

Pada pengkajian yang dilakukan pada tanggal 02-03-2021 pada pasien Ny.S didapatkan data subjektif yaitu klien mengeluh nyeri ulu, skala nyeri 6, waktu timbulnya nyeri secara tiba-tiba, nyeri akan terasa berkurang jika berbaring dan di berikan obat antinyeri oleh perawat namun apabila efek dari obat telah habis maka nyeri akan terasa lagi.

b. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual dan potensial. Diagnosis keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat. Diagnosis keperawatan pada pasien sindrom dyspepsia berdasarkan rujukan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) yaitu Nyeri akut. Berdasarkan pengkajian dan analisa data yang dilakukan pada kasus pasien Ny. S maka diagnose keperawatan yang diangkat oleh peneliti yaitu Nyeri Akut.

Kasus pada Ny. S yaitu Sindrom Dispepsia (nyeri ulu hati), dalam kasus tersebut penulis menegakkan diagnose nyeri akut karena pada saat pengkajian didapatkan data yaitu klien mengeluh nyeri pada ulu hati dan klien mengatakan tidak mengetahui cara manajemen nyeri ketika efek obat antinyeri telah hilang. Pada pengkajian tersebut didapatkan data yang menunjang untuk ditegakkannya diagnose nyeri akut yaitu data subjektif klien mengeluh nyeri pada bagian ulu hati, klien mengatakan nyeri saat bergerak, klien mengatakan skala nyerinya 6, klien mengatakan nyeri yang dirasakan menghilang setelah diinjeksikan anti nyeri tetapi akan nyeri kembali bila efek dari obat telah hilang. Dari pengkajian tersebut juga ditemukan data objektif yaitu nampak ekspresi klien meringis kesakitan, nampak klien gelisah menahan nyerinya, dilakukan pemeriksaan tanda-tanda Vital :TD : 120/80 mmHg, S : 36,6° c, N : 80 x/menit, RR : 20 x/menit.

Diagnose keperawatan diangkat berdasarkan data yang didapatkan pada kondisi klien pada saat pengkajian, interpretasi data, dan hasil analisa data serta adanya tanda-tanda pendukung untuk menegakkan diagnose tersebut.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan untuk perilaku spesifik dari tindakan yang akan dilakukan oleh perawat. Dari diagnosa yang muncul, selanjutnya dibuat rencana keperawatan sebagai langkah untuk melakukan tindakan pemecahan masalah keperawatan berdasarkan diagnose keperawatan (Hilya, 2018).

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada pasien, tidak semua tindakan keperawatan dapat diterapkan pada pasien karena rencana tindakan keperawatan harus disesuaikan berdasarkan masalah dan kebutuhan yang ditemukan pada pasien.

Rencana tindakan (intervensi) yang akan dilakukan pada pasien Ny. S yaitu Manajemen Nyeri yang merupakan tindakan : Observasi : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri nonverbal, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik: berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat), control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan), fasilitas istirahat tidur. Edukasi : jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri , anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi : kolaborasi pemberian analgetik.

Tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan pada pasien NY. S yaitu mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri dan untuk membantu klien memajemen nyerinya apabila efek dari analgetiknya telah hilang (sesuai keluhan klien). Tujuan ini juga sesuai dengan teori yaitu melaporkan bahwa tingkat nyerinya menurun dengan menggunakan teknik nonfarmakologi.

Teknik relaksasi napas dalam mampu menurunkan tingkat nyeri, hal ini terjadi karena relative kecilnya peran otot-otot skeletal dalam nyeri ulu hati atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam (Majied et al, 2011). Setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam terdapat hormon yang dihasilkan yaitu hormon adrenalin dan hormon kortison. Kadar PaCO₂ akan meningkat dan menurunkan kadar oksigen dalam darah (Majid, 2011).

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan atau perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (intervensi). Proses pelaksanaan intervensi (implementasi) harus dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan masalah klien.

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang penulis lakukan kepada pasien sesuai dengan intervensi, sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi (Wilkinson, 2011).

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan Standar intervensi keperawatan Indonesia yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas dan intensitas nyeri selama 3 hari, mengidentifikasi skala nyeri, dan mengidentifikasi respon nyeri nonverbal. Adapun terapeutik keperawatan yang dilakukan adalah dengan memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis terapi relaksasi napas dalam). Terapi relaksasi napas dalam efektif dilakukan selama 3-4 hari untuk mengurangi intensitas nyeri (Murni, 2014). Sedangkan untuk mengantisipasi perkembangan nyeri dapat digunakan tindakan farmakologi.

Implementasi yang direncanakan telah seluruhnya di implementasikan, pasien dapat mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri dan mampu memajemen nyerinya sendiri apabila efek dari obat antinyeri sudah habis.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan 3 hari pada klien mulai tanggal 2 maret 2021 sampai dengan 4 maret 2021, dimana tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat sebelumnya berdasarkan masalah dan kebutuhan pada klien dan sesuai tujuan pada asuhan keperawatan yang akan dilakukan.

Pada hari pertama dilakukan pengkajian klien mengeluh nyeri pada ulu hati dan tidak tau cara manajemen nyerinya, oleh karena itu penulis melakukan implementasi berdasarkan intervensi keperawatan. Pada implementasi yang dilakukan hari pertama didapatkan hasil evaluasi klien melaporkan nyerinya berada di skala nyeri 6 dan Nampak ekspresi klien meringis kesakitan menahan rasa nyerinya. Pada hari kedua dilakukan implementasi didapatkan hasil klien melaporkan skala nyerinya 4 dan Nampak ekspresi meringis klien berkurang. Pada hari ketiga dilakukan implementasi didapatkan hasil klien melaporkan skala nyerinya 4 dan Nampak ekspresi meringis klien sudah tidak ada. Skala nyeri pada klien mengalami penurunan yang berangsur-angsur mulai sejak telah diberikan terapi relaksasi napas dalam sampai hari ke tiga. Klien juga sudah mampu melakukan sendiri terapi ini untuk mengurangi nyeri yang dirasakannya.

Setelah dilakukan pengamatan selama 3 hari implementasi didapatkan hasil evaluasi klien melaporkan skala nyerinya berada di angka 2 dan klien sudah mampu manajemen nyerinya secara mandiri, masalah teratasi dan intervensi keperawatan dihentikan.

2. Analisis Intervensi Relaksasi Napas Dalam pada Ny. S

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologi, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Untuk membantu klien dalam manajemen nyerinya, perawat mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan tujuan agar klien mampu manajemen

nyerinya secara mandiri apabila merasakan nyeri yang ditimbulkan dari luka bakarnya.

Pada kasus Ny.S nyeri hebat akan sangat terasa apabila efek samping dari analgetiknya telah habis dan dapat mengganggu klien dalam istirahatnya. Hal ini dapat terjadi, karena seperti yang diketahui bahwa nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan nyeri uluhati, atau menggambarkan bahwa ia merasa nyeri.

Pada kasus Ny.S ditemukan data subjektif klien mengatakan mengalami luka bakar akibat api dari kompor gas, klien mengatakan nyeri yang dirasakan secara berangsur-angsur dengan skala nyeri 6, nyeri dapat di minimalisir dengan pemberian analgetik namun apabila efek dari analgetik telah habis maka klien mengatakan nyeri datang lagi dengan sangat hebat, nampak klien meringis kesakitan akibat nyeri yang dirasakannya. **Manajemen Nyeri :**
Observasi : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri. **Terapeutik :** Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam). **Edukasi :** Anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. **Kolaborasi :** Kolaborasi pemberian analgetik ranitidine satu ampul 12 jam intravena`

Berdasarkan dari masalah keperawatan yang dialami Ny.S yaitu nyeri akut maka penulis memilih salah satu intervensi keperawatan pada diagnose nyeri akut yaitu manajemen nyeri. Manajemen nyeri adalah upaya untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan (SIKI, 2018). Intervensi nonfarmakologi yang dilakukan adalah mengajarkan teknik relaksasi napas dalam pada klien. Teknik relaksasi napas dalam adalah salah satu tindakan yang mampu merangsang tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen yaitu endorphin dan enkefalin, yang mana kedua zat tersebut memiliki sifat yang sama seperti morfin dengan efek analgetik yang membentuk suatu penekan nyeri yang akhirnya akan menyebabkan ada perbedaan penurunan

intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi napas dalam, dimana setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam terjadi penurunan intensitas nyeri.

Teknik relaksasi napas dalam yang dilakukan pada Ny.S secara berulang-ulang dalam 3 hari yang dimulai dari tanggal 2 maret 2021 sampai dengan 4 maret 2021 akan menimbulkan rasa nyaman pada klien. Rasa nyaman yang dirasakan inilah yang akan membuat klien dapat mentoleransi rasa nyeri. Orang yang memiliki toleransi terhadap nyeri yang baik akan mampu beradaptasi terhadap nyeri dan akan memiliki mekanisme coping yang baik pula. Selain meningkatkan rasa toleransi terhadap nyeri efek rasa nyaman akibat terapi relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ambang nyeri sehingga dengan meningkatnya ambang nyeri maka nyeri yang sebelumnya pada skala sedang menjadi ringan setelah diberikan teknik relaksasi napas dalam (Kozier cit Jona et al, 2016).

Setelah klien Ny.S diberikan terapi relaksasi napas dalam selama 3 hari perawatan, pasien langsung dilakukan pengkajian nyeri apakah nyeri yang dirasakan sudah berkurang atau belum dan apakah klien sudah dapat memajemen nyerinya secara mandiri atau belum. Pada saat dilakukan pengkajian nyeri setelah diberikan terapi relaksasi napas dalam pasien mengatakan merasa lebih rileks dan skala nyeri berkurang menjadi skala 2. Implementasi keperawatan penerapan terapi relaksasi napas dalam pada Ny.S dengan kasus sindrom dyspepsia (nyeri ulu hati) dikatakan berhasil selama 3 hari perawatan karena klien mengatakan mampu memajemen nyerinya secara mandiri apabila efek dari analgetik telah hilang.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan penelitian studi kasus Asuhan keperawatan di ruang Raudha III Rumah Sakit Umum Aliyah 3 Kendari pada tanggal 02-04 Maret 2021 dengan mengacu pada tujuan yang ingin dicapai, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada penerapan Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan sindrom dispepsia dalam pemenuhan kenyamanan dapat di lakukan berdasarkan pengkajian,diagnosa,perencanaan,implementasi dan evaluasi yang disusun berdsarkan teori SDKI,SLKI,dan SIKI yang buat sesuai dengan kondisi pasien.
2. Dari hasil pengkajian Ny.S diketahui Klien mengatakan nyeri uluhati ,klien mengatakan pusing,klien mengatakan mual-mual,klien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk,klien mengatakan penyakitnya muncul tiba-tiba,klien mengatakan skalanya berada diangka 6 (sedang),klien lemah,nampak klien gelisah,nampak klien meringis kesakitan,Tanda-tanda vital :TD : 120/80 mmhg,S : 36,6 °C,N : 80X/menit,P : 20X/menit.
3. Diagnosa keperawatan pada Ny.S adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
4. Perencanaan keperawatan pada Ny.S berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu nyeri akut dengan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) .
5. Implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan dilakukan selama 3x24 jam berupa tindakan mengkaji tanda-tanda vital, mengidentifikasi nyeri, melatih teknik relaksasi nafas dalam.
6. Hasil evaluasi pada Ny.S setelah dilakukan implementasi selama 3 hari menunjukkan pada hari ke 3 masalah manajemen nyeri teratasi ditandai dengan klien sudah tidak merasakan nyeri,klien mengatakan sdh tidak

pusing,, keadaan umum klien sudah membaik,tekanan darah: 120/80 mmhg,S : 36,6 °C,N : 80X/menit,P : 20X/menit.

7. Setelah dilakukan penerapan teknik relaksasi napas dalam pada Ny.S dengan sindrom dispepsia selama 3 hari menunjukkan bahwa klien sudah mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

B. Saran

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan pada pasien Sindrom Dispepsia, peneliti menyarankan :

1. Bagi Klien/Masyarakat

Untuk klien agar selalu menjaga keadaannya, terutama agar selalu mematuhi program dietnya, terutama minum obat secara teratur sesuai dengan indikasi yang di anjurkan sera chek up rumah sakit/puskesmas terdekat di lingkungan tempat tinggal serta menjalankan program perawatan lanjut seperti istirahat, makan-makanan yang dianjurkan pada klien dengan kasus sindrom dispepsia,dan mengkonsumsi obat secara teratur untuk pemulihan dan proses penyembuhan.

2. Bagi Rumah Sakit

Bagi Ruang Perawatan Raudha III RS Aliyah 3 diharapkan mampu memberikan pelayanan yang komprehensif yaitu bio, , psiko, sosio, spiritual dan cultural kepada klien. Petugas kesehatan baik itu perawat agar selalu menerapkan konsep asuhan keperawatan yang komprehensif dan meningkatkan serta adanya pendokumentasian yang lengkap dan akurat pada status kesehatan klien. Juga diperlukan adanya kerja sama yang baik dengan tim kesehatan lainnya untuk mempercepat proses kesembuhan klien.

3. Bagi peneliti

Semoga Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini menjadi bacaan dan acuan untuk meningkat pengetahuan dan kreativitas serta dapat dijadikan sebagai referensi pembelajaran untuk menambah pengalaman dan wawasan peneliti dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Sindrom Dispepsia dalam pemenuhan kebutuhan kenyamanan, sehingga dapat membandingkan kesenjangan antara teori dan kasus nyata tentang penerapan prosedur teknik

relaksasi napas dalam pada pasien Sindrom Dispepsia untuk menurunkan tingkat nyeri.

DAFTAR PUSTAKA

- Arsyad, R. P., Irmainsi, & Hidayaturrami. (2018). Hubungan Sindroma Dispepsia dengan Prestasi Belajar pada Siswa Kelas XI SMAN 4 Banda Aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Biomedis*, 4(1), 36–42.
- Ju, J., Wei, S. J., Savira, F., Suharsono, Y., Aragão, R., Linsi, L., Editor, B., Reeger, U., Sievers, W., Michalopoulou, C., Mimis, A., Editor, B., Ersbøll, E., Groenendijk, K., Waldrauch, H., Waldrauch, H., Bader, E., Lebhart, G., Neustädter, C., ... Saillard, Y. (2020). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 43(1), 7728.
https://online210.psych.wisc.edu/wp-content/uploads/PSY-210_Unit_Materials/PSY-210_Unit01_Materials/Frost_Blog_2020.pdf<https://www.economist.com/special-report/2020/02/06/china-is-making-substantial-investment-in-ports-and-pipelines-worldwide><http://www>.
- KTI Adriana Muti. (2019). KTI Asuhan Keperawatan pada P.A.I Dengan Dispensia Di Ruang Cempaka RS Polri Titus ULY Kupang. Kupang
- Muflih, M., & Najamuddin, N. (2020). Hubungan Pola Makan Dan Tingkat Stres Dengan Kejadian Dispepsia Di Rumah Sakit Umum Sundari Medan Tahun 2019. *Indonesian Trust Health Journal*, 3(2), 326–336.
<https://doi.org/10.37104/ithj.v3i2.56>
- Nyeri, P., Pada, A., Dengan, N. S., & Bougenvile, D. I. R. (2019). *RSUD UNGARAN Oleh : MUHAMMAD NUKHI ARDIYANTO*.
- Octaviana, E. S. L. (2018). Faktor-faktor yang berhubungan dengan upaya keluarga dalam pencegahan penyakit dispepsia di wilayah kerja Puskesmas Mangkatip Kabupaten Barito Selatan. *Jurnal Langsung Volume 5 No. 1*, 5(1), 14.

- PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Sari, R. M. (2018). Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri IRNA Rsup Dr. D. Djamil Padang Tahun 2018.
- Septy, N. A., Sudaryanto, & Irena, N. (2018). Manajemen Nyeri Dengan Kombinasi Tehnik Relaksasi Napas Dalam Dan Pemberian Analgetik Dalam Menurunkan Nyeri Pada Cedera Kepala Ringan. *Jurnal Keperawatan CARE*, 8(2), 91–104.

LAMPIRAN

Lampiran 1

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM

Prosedur tindakan relaksasi napas dalam yaitu sebagai berikut : (Murni, 2014).

a. Pra Interaksi

- 1) Mengkaji kondisi klien, memeriksa catatan keperawatan dan catatan medis klien
- 2) Mencuci tangan
- 3) Menyiapkan alat yang diperlukan

b. Tahap Orientasi

- 1) Memberi salam
- 2) Memperkenalkan diri
- 3) Panggil klien dengan namanya
- 4) Menanyakan kondisi dan keluhan klien saat ini
- 5) Menjelaskan maksud, tujuan dan cara dilakukannya teknik relaksasi napas dalam
- 6) Menjelaskan maksud, tujuan dan prosedur tindakan kepada keluarga dan klien
- 7) Persiapan ruangan : ruangan yang nyaman dan minimalkan kebisingan dan gangguan
- 8) Persiapan pasien : Minta pasien untuk berbaring dengan rileks







c. Tahap Kerja

- 1) Mencari posisi yang paling nyaman
- 2) Pasien meletakkan tangan disamping pasien
- 3) Kaki jangan disilangkan
 - 7) Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3 perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
 - 8) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang

- 9) Ulangi sampai 10 kali, dengan diselingi istirahat singkat setiap 5 kali.
- 10) Lakukan terapi tersebut selama 3-4 hari dengan durasi yang sama dan teratur.

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Dybia Khotunnisa
 NIM : 160220018007
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS SINDROM DISPEPSIA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN PAsA NYAWAN NYERI DI RUMAH RAJAH III RS ALYANIA
 Pembimbing II : Fitri Wijayati, S. Keper., Ns., M. Keper.

HARI/TGL	MATERI BIMBINGAN	CATATAN / KOMENTAR	TANDA TANGAN
Senin 6 Juli 2021	Konsul BAB I, II, III, IV	Revisi	
Rabu 7 Juli 2021	Konsul BAB I, II, III, IV	Revisi	
Rabu 14 Juli 2021	Konsul Revisi	Revisi	
Kamis 15 Juli 2021	Konsul Revisi	Revisi Bab I, II	
Senin 26 Juli 2021	Konsul Revisi	Revisi	
Senin 20 Agustus 2021	Konsul Revisi	ACC	



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G 14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp (0401) 3190492 Fax (0401) 3193339 e-mail poltekkeskendari@yahoo.com

FORMAT JUDUL PROPOSAL


NAMA : DYTIA KHOIRUNNISA
NIM : P0032001007

1. Usulan Judul
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN MASALAH KEBUTUHAN
DASAR RASA NYAMAN NYERI KARENA SINDROM
DISPEPSIA DIRUANG KEPERAWATAN RSU ALYAH 3
2. Usulan Judul
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN MASALAH KEBUTUHAN
DASAR AKTIVITAS KARENA SINDROM DISPEPSIA DIRUANG
KEPERAWATAN RSU ALYAH 3
3. Usulan Judul
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN MASALAH
KEBUTUHAN DASAR NUTRISI DI KARENA SINDROM DISPEPSIA
DIRUANG KEPERAWATAN RSU ALYAH 3

Mengetahui,

PEMBIMBING II

(DR. LILI POSYANTI, S. KEP., NS., M. KEP
NIP.....

PEMBIMBING II

(FITRI WIDYANTI, S. KEP., NS., M. KEP
NIP.....

Menyetujui:
Ketua Jurusan Keperawatan


Indriano Hadi, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIM.197003301995031001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. Nasution No. G 14 Anduonohu, Kota kendari 93232
Telp. (0401) 390492 Fax(0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA

NO: UT.04.01/1/231/2021

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Dytia Khoirunnisa
NIM : P00320018017
Tempat Tgl. Lahir : Tania, 10 Juni 2000
Jurusan : D.III Keperawatan
Alamat : Kel. Tania

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Tahun 2021

Kendari, 16 Juni 2021

Kepala Unit Perpustakaan
Politeknik Kesehatan Kendari



Irmayanti Tahir, S.I.K

NIP. 19750914199903200



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend.A.H Nasution No. G.14 Anduonohu Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail poltekkeskendari@yahoo.com

SURAT KETERANGAN BEBAS ADMINISTRASI

Nomor: PP.04.03/5/306/2021

Dengan ini menyatakan bahwa:

Nama : Dytia Khoirunnisa
Nim : P00320018017

Benar-benar telah melunasi SPP Semester I s.d VI yang terkait dengan Jurusan Keperawatan, dengan bukti sebagai berikut:

1. Slip Pembayaran SPP Semester I s.d Semester VI

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, ...1/ Juli 2021
Bendahara Jurusan Keperawatan


Faridah Haris, SE
NIP. 197109072007012002



RUMAH SAKIT UMUM ALIYAH III

Jl. Christina Tiahahu - Baruga Kendari

Telp. ☎ 081245617189

Email. ✉ rsualiyah03@yahoo.com

SURAT KETERANGAN PENGAMBILAN DATA

NO : 905 /RSU-AIII / VI/ 2021

Dengan Ini menyetujui :

Nama : Dytia Khoirunnisa

Nim : P00320018017


Program Studi : D III Keperawatan

Telah melakukan pengambilan data di RSUD Aliyah III pada tanggal 2 Juli 2021 Dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Sindrom Dispepsia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Kenyaman Diruang Perawatan RSUD Aliyah III

Demikian surat pernyataan ini di buat dan dipergunakan sebagaimana semestinya

Kendari, 02 juli 2021

Mengetahui
Bidang Diklat


Muh/Ikbal S. Kep. Ns



KEMENTERIAN KESEHATAN R I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com

Nomor : LB.02.01 / 1 / ~~1996~~ / 2021
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data Awal Penelitian

Yang Terhormat,

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari
2. Direktur RSUD Aliyah 3 Kendari

di-

Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Dytia Khoirunnisa
NIM : P00320018017
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Sindrom Dispepsia dalam Pemenuhan Kebutuhan Kenyamanan di Ruang Perawatan RSUD Aliyah 3

Mohon kiranya dapat diberikan izin pengambilan data awal penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 24 Mei 2021



Direktur,

Askrening S.K.M., M.Kes.
NIP. 196909301990022001