**KARYA TULIS ILMIAH**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn.B DENGAN DISPEPSIADI RUANG RAWAT INAP INTERNE PRIA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

 **DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

****

**OLEH :**

**GITO VERNANDO**

**14103084015410**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWTAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

 **PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn.B DENGAN DISPEPSIADI RUANG RAWAT INAP INTERNE PRIA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

 **DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

**LAPORAN PENGAMATAN KASUS**

**Di Ajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Stikes Perintis Padang**

****

**OLEH :**

**GITO VERNANDO**

**14103084015410**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWTAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2017**

**LEMBARAN PERSETUJUAN**

Nama Mahasiswa : Gito vernando

NIM : 14103084015410

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.B Dengan Dispepsia di Ruang Rawat Inap Interne Pria di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 09 Agustus 2017

Pembimbing,

**Isna Ovari S.Kp M.kep NIK : 1420107027005034**

Mengetahui, Ka Prodi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang

**Ns.Endra Amalia, M.Kep NIK : 1420123106993012**

**LEMBARAN PENGESAHAN**

Nama Mahasiswa : Gito vernando

NIM : 14103084015410

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.B Dengan Dispepsia di Ruang Rawat Inap Interne Pria di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Dewan Penguji

Penguji I,

**Ns.Ida Suryati, M.Kep NIK : 1420130047501027**

Penguji II,

**Isna Ovari S.kp M.Kep NIK : 1420107027005034**

 ***PERSEMBAHAN***



***Bismillahirrahmanirrahim***

 ***Segala puji bagi allah penciptalangit bumi yang menjadikan malaikat sebagai utusan-utusan untuk mengurus berbagai macam urusanyang mempunyai sayap masing-masing ada yang dua, tiga,empat. Allah menambahkanpada ciptaannya apa yangdi kehendakinya, sesungguhnya allah mahakuasa atas segala sesuatu (QS: Al-fatir- 1).***

***Ya allah, waktu yang sudah ku jalani sedih, susah, senang sudah menjadi takdirku, dan memberikan ku sejuta pengalaman bagi ku, yang telah memberikan warna –warni kehidupan terima kasih ya allah engkau telah memberikan ku kesempatan untuk sampai di awal dari perjuangan ku ya allah.***

***Lantuanan alfatiha beriring salawat dan salam dalam silahku merintih, menadahkan do,a dalam syukur yang tiada terkira. Terima kasihku untuk mu ku persembahkan setitik keberhasilan untuk ke dua cahaya sekaligus malaikat di hidup ku yang selalu menerangi kegelapan dalam hidupku, ayah tercinta Abdul samad dan ibunda tersayang Marianis ,serta saudara-saudari ku tersayang,abg ku Dendi mardianton,dan kakak ku ayanti manda sari, dan terakhir adik ku Mardion chandra,serta seluruh keluarga besarku terimakasih banyak atas dukungan ,kesabaran, kasih sayang dan do,a yang telah kalian berikan. Dalam setiap langkahku aku berusaha mewujutkan harapan- harapan yang kalian impikan dari diriku meski belum semua itu ku raih .***

***Untuk sahabat ku Jimi lanligasa(jijim),Indra firnando(poelai),aulia rahmad(amaik) dan, seprimulyadi(simul),terimakasih atas bantuan, do`a, nasehat, hiburan,ejekan dan juga semangat yang telah kalian berikan selama ini,perjuangan yang kita lalui bersama tidak akan pernah dapat terlupakan ,serta untuk teman-teman yang sepembimbing terima kasih atas semuanya,dan buat seseorang yg spesial dalam hidup ku Fitri Asmayeni terimakasih telah menemani sampai saat ini ,semoga keyakinan dan takdir ini bisa terwujud.***

***Terimakasih untuk ibuk Isna Ovari S.Kp M.Kep selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiyah dan ibuk Ns.Ida suryati M.Kep selaku penguji, terima kasih banyak buk karna telah mau dan sabar untuk membimbing saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiyah ini.terimakasih bnyak kepada staf-staf dosen DIII Keperawatan untuk semua ilmu, didikan yang sangat berarti yang telah kalian berikan untuk kami semua.***

***Untuk sebuah tujuan yang harus dicapai, untuk jutaan impian yag harus di kejar, untuk sebuah pengharapan agar hidup menjadi lebih bermakna , teruslah belajar , berusaha dan berdo,a untuk mencapai nya.***

***Hanya sebuah karya kecil ini dan sedikit untaian kata yang dapat ku berikan kepada kalian semua, beribu-ribu ucapan terimakasih ku berikan untuk kalian semua, laporan ini ku persembahkan.***

***By: Gito vernando***

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang**

**Program Studi DIII Keperawatan**

**Karya Tulis Ilmiah, Juli 2017**

**GITO VERNANDO**

**14103084015410**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn.B DENGAN DISPEPSIA DI RUANGAN RAWAT INAP INTERNE PRIA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

**Vii + 81 halaman + 7 tabel + 1 gambar + 4 lampiran**

**ABSTRAK**

Dispepsia merupakan salah satu gangguan yang diderita oleh hampir seperempat populasi umum di negara industri dan merupakan salah satu alasan orang melakukan konsultasi ke dokter (Mc.Quaid,2002). Menurut profil data kesehatan Indonesia tahun 2011 yang diterbitkan oleh Depkes RI pada tahun 2012, dispepsia termasuk dalam 10 besar penyakit rawat inap di rumah sakit tahun 2010, pada urutan ke-5 dengan angka kejadian kasus sebesar 9.594 kasus pada pria dan 15.122 kasus pada wanita. Sedangkan untuk 10 besar penyakit rawat jalan di rumah sakit tahun 2010, dispepsia berada pada urutan ke-6 dengan angka 2 kejadian kasus sebesar 34.981 kasus pada pria dan 53.618 kasus pada wanita, jumlah kasus baru sebesar 88.599 kasus. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatanpada pasien dengan Dispepsia. Hasil laporan kasus ditemukan pada Tn.B yaitu klien mengatakan nyeri, nyeri pada derah perut dan tenggorokan, nyeri terasa di iris, nyeri menyebar ke ulu hati, skala nyeri 4, nyeri bertambah apabila makan dan minum, nafsu makan menurun, mual dan muntah, setelah muntah dada terasa panas sampai ke leher, muntah berisi air saja, badan lemas dan lesu, cemas dengan penyakitnya, mulut terasa luka. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Dispepsia merupakan isitilah yang digunakan untuk suatu sindrom (kumpulan gejala atau keluhan) yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati (daerah lambung), kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, dan perut terasa penuh. Disarankan bagi pihak rumah sakit memberikan penyuluhan dan informasi mengenai Dispepsia kepada keluarga dan klien, sehingga klien mempunyai pengetahuan tinggi tentang Dispepsia.

**Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Dispepsia**

**Daftar pustaka: 15 ( 2000-2016)**

***High School of Health Science Perintis Padang***

***Diploma III Study of Nursing Program***

***Script Writing, July 2017***

***GITO VERNANDO***

***14103084015410***

***NURSING IN CLIENTS Tn.B WITH DISPEPSIA IN INTERNAL ROOMS INTERNE MENS REGIONAL GENERAL HOSPITAL RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI 2017***

***Vi + 81 pages + 7 tables + 1 image + 4 attachments***

***ABSTRACT***

*Dyspepsia is one of the disorders suffered by nearly a quarter of the general population in industrialized countries and is one of the reasons people consult a doctor (McQueen, 2002). According to Indonesia's 2011 health data profile published by the MOHRI in 2012, dyspepsia is included in the top 10 inpatient diseases in hospitals in 2010, At number 5 with case incidence of 9,594 cases in men and 15,122 cases in women. While for the top 10 outpatient diseases in hospitals in 2010, dyspepsia was ranked 6th with 2 cases incidence of 34,981 cases in men and 53,618 cases in women, the number of new cases amounted to 88,599 cases.* *The purpose of this report is able to perform Nursing Care in patients with Dyspepsia.* *The results of case reports are found on Tn.B ie clients say pain, pain in the abdomen and throat, pain in the iris, pain spread to the pit of the liver, pain scale 4, increased pain when eating and drinking, decreased appetite, nausea and vomiting, After vomiting chest feels hot to the neck, vomiting contains only water, body weak and lethargic, anxious with the disease, the mouth was injured.* *Based on the above nursing problems then the plan is prepared and implement the actions of nursing and evaluation that refers to the objectives and criteria of the results.* *Dyspepsia is the term used for a syndrome (a collection of symptoms or complaints) consisting of pain or discomfort in the pit of the liver (stomach area), bloating, nausea, vomiting, belching, full satiety, and full stomach.* *It is recommended for the hospital to give counseling and information about Dispepsia to family and client, so that client have high knowledge about dyspepsia.*

***Keywords: Nursing Care, Dyspepsia***

***References: 15 (2000-2016)***

**KATA PENGANTAR**

****

*Assalamu’alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Segala puji syukur bagi sang kholik yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya yang telah dilimpahkan sebagai sumber ketakutan hati dan peneguhan iman sampai akhirnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Studi Kasus yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.B Dengan Dispepsia Di Ruang Rawat Inap Interne Pria Rumah Sakitumum Daerah Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”** tanpa nikmat sehat yang diberikan-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.

Penulisan Laporan Studi Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd.Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Selama penulisan Laporan Studi Kasus ini, tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak yang telah memberikan arahan dan masukan yang membangun demi terselesaikannya penulisan Laporan Studi Kasus ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns.Endra Amelia, M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Stikes Perintis Padang.
3. Ibu Ns.Ida Suryati, M.Kep selaku penguji Sidang Laporan Studi Kasus yang telah banyak memberikan masukan dan pengarahan yang bermamfaat dalam penulisan Laporan Studi Kasus ini.
4. Ibu Isna Ovari, S.Kp, M.Kep selaku pembimbing Akademik yang telah banyak memberi petunjuk, arahan yang sangat bermamfaat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Studi Kasus Ini.
5. Ibu Ns.Yunita Roza, S.Kep selaku pembimbing Klinik di RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah banyak memberi petunjuk, arahan yang sangat bermamfaat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Studi Kasus Ini.
6. Staf perawat di Ruangan Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran dan semangat, untuk mengarahkan penulis selama praktek di ruangan.
7. Bapak Ibu Staf pengajar D III Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah banyak memberikan ilmu serta bimbingan yang bermamfaat bagi penulis.
8. Teristimewa kepada Ayahanda dan Ibunda serta adik, dan seluruh keluarga yang telah banyak memberikan dorongan dan semangat kepada penulis, baik moril maupun material secara do’a restu dan kasih sayang tulus dalam menggapai cita-cita.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Laporan Studi Kasus ini masih sangat sederhanadan jauh dari kesempurnaan, karena keterbatasan kemampuan penulis. Untuk itu dengan segala kerendahan hati dan tangan terbuka, penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifat membangun dari pembaca. Harapan penulis semoga Laporan Studi Kasus ini dapat bermamfaat bagi semua pihak, baik bagi penulis sendiri, maupun pembaca dikemudian ahri.

Bukittinggi, 29 Juli 2017 Penulis

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN SAMPUL**

**HALAMAN JUDUL**

**ABSTRAK**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**PERNYATAAN PENGUJI**

**KATA PENGANTAR........................................................................................i**

**DAFTAR ISI.....................................................................................................iv**

**DAFTAR TABEL.............................................................................................vi**

**DAFTAR GAMBAR.......................................................................................vii**

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang Masalah.....................................................................1
	2. Tujuan Penulisan.................................................................................3
		1. Tujuan Umum.........................................................................3
		2. Tujuan Khusus........................................................................3
	3. Mamfaat Penulisan.............................................................................5
		1. Bagi Penulis............................................................................5
		2. Bagi Institusi Pendidikan........................................................5
		3. Bagi Institusi Rumah Sakit......................................................5

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

2.1 Konsep Dispepsia................................................................................6

2.1.1 Pengertian................................................................................6

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi.............................................................7

2.1.3 Etiologi..................................................................................11

2.1.4 Patofisiologi..........................................................................14

2.1.7 Manifestasi Klinis.................................................................17

2.1.8 Klasifikasi Dispepsia............................................................17

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang........................................................21

2.1.9 Penatalaksanaan Medis.........................................................22

2.1.10 Pencegahan............................................................................25

2.1.11 Komplikasi............................................................................27

2.2 Penatalaksanaan keperawatan...........................................................27

2.2.1 Asuhan Keperawatan teoritis................................................27

2.2.1.1 Pengkajian...............................................................27

2.2.1.2 Diagnosa keperawatan............................................32

2.2.1.3 Intervensi Keperawatan...........................................33

2.2.1.4 Implementasi...........................................................36

2.2.1.5 Evalusai...................................................................36

**BAB III TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian.......................................................................................37

3.2 Diagnosa Keperawatan...................................................................52

3.3 Intervensi Keperawatan..................................................................53

3.4 Catatan Perkembangan....................................................................57

**BAB IV PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian.......................................................................................69

4.2 Diagnosa Keperawatan...................................................................70

4.3 Intervensi Keperawatan..................................................................71

4.4 Implementasi Keperawatan.............................................................76

4.5 Evaluasi...........................................................................................77

**BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan.....................................................................................79

5.1.1 Pengkajian..........................................................................79

5.1.2 Diagnosa Keperawatan.......................................................80

5.1.3 Intervensi Keperawatan......................................................80

5.1.4 Implementasi Keperawatan................................................80

5.1.5 Evaluasi..............................................................................81

5.2 Saran...............................................................................................81

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

**Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.................................................................34**

**Tabel 3.1 Keterangan kekuatan otot.............................................................45**

**Tabel 3.2 Data Biologis....................................................................................46**

**Tabel 3.3 Hasil laboratorium serologi...........................................................48**

**Tabel 3.4 Analisa Data....................................................................................52**

**Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan.................................................................54**

**Tabel 3.6 Catatan Perkembangan..................................................................59**

**DAFTAR GAMBAR**

**Gambar 2.1 Anatomi Lambung..........................................................................8**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Dispepsia merupakan salah satu gangguan yang diderita oleh hampir seperempat populasi umum di negara industri dan merupakan salah satu alasan orang melakukan konsultasi ke dokter (Mc.Quaid,2002). Dispepsia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *dys-* (buruk) dan *–peptin* (pencernaan) (Abdullah,2012) . Dispepsia merupakan istilah yang digunakan untuk suatu sindrom atau kumpulan gejala / keluhan yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman diulu hati, kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, perut rasa penuh/begah (Djojoningrat, 2009).

Diperkirakan bahwa hampir 30 % kasus pada praktek umum dan 60 % pada praktek gastroenterologist merupakan kasus dispepsia. Berdasarkan penelitian pada populasi umum didapatkan bahwa 15-30 % orang dewasa pernah mengalami hal ini dalam beberapa hari. Dari data pustaka Negara Barat didapatkan angka prevalensinya berkisar 7-14 %, tapi hanya 10-20 % yang akan mencari pertolongan medis (Djojoningrat, 2009).

Menurut profil data kesehatan Indonesia tahun 2011 yang diterbitkan oleh Depkes RI pada tahun 2012, dispepsia termasuk dalam 10 besar penyakit rawat inap di rumah sakit tahun 2010, pada urutan ke-5 dengan angka kejadian kasus sebesar 9.594 kasus pada pria dan 15.122 kasus pada wanita. Sedangkan untuk 10 besar penyakit rawat jalan di rumah sakit tahun 2010, dispepsia berada pada urutan ke-6 dengan angka 2 kejadian kasus sebesar 34.981 kasus pada pria dan 53.618 kasus pada wanita, jumlah kasus baru sebesar 88.599 kasus.

Secara garis besar, penyebab sindrom dispepsia ini dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok penyakit organik ( seperti tukak peptik, gastritis, batu kandung empedu,dll ) dan kelompok dimana sarana penunjang diagnostik yang konvensional atau baku ( radiologi, endoskopi, laboratorium ) tidak dapat memperlihatkan adanya gangguan patologis struktural atau biokimiawi, disebut gangguan fungsional (Djojoningrat, 2009).

Dispepsia fungsional dibagi menjadi 2 kelompok,yakni *postprandial distress syndrome* dan *epigastric pain syndrome*. *Postprandial distress syndrome* mewakili kelompok dengan perasaan “begah” setelah makan dan perasaan cepat kenyang, sedangkan *epigastric pain syndrome* merupakan rasa nyeri yang lebih konstan dirasakan dan tidak begitu terkait dengan makan seperti halnya *postprandial distress syndrome* (Abdullah,2012).

Individu dengan karateristik berikut ini lebih beresiko mengalami dispepsia: konsumsi kafein berlebihan, minum minuman beralkohol, merokok, konsumsi steroid dan *non-steroidal anti-inflammatory drugs* (NSAID), serta berdomisili di daerah dengan prevalensi *H.pylori* tinggi (Abdullah,2012).

Berdasarkan Penelitian Khotimah (2012) pada 74 mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara yang berjudul “Faktor-faktor yang mempengaruhi sindrom dispepsia” menyatakan bahwa salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian sindrom dispepsia adalah keteraturan makan dan jeda antara waktu makan.

Berdasarkan data Global Adult Tobaco Survey tahun 2011, Indonesia memiliki prevalensi perokok aktif tertinggi sebanyak 36,1 % pada orang dewasa, dan 67 % pria remaja (Ayunda W Savitri, 2014). Menurut WHO, jumlah perokok di Indonesia menempati urutan ketiga di dunia yaitu sebanyak 4,8% dari 1,3 miliar perokok di dunia dan diperkirakan terus mengalami pertambahan ( Tya Eka Yulianti, 2012).

Menurut data yang didapatkan dari Ruang Rawat Inap Interne Pria Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016 pasien rawat inap dengan keluhan dyspepsia sebanyak 37%, keluhan dari pasien adalah nyeri di perut bagian kiri, perih pada ulu hati, rasa panas di perut dan di dada, kembung, mual dan muntah serta kehilangan nafsu makan. Berdasarkan fenomena tersebut maka penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut bagaimanakah penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan dyspepsia di ruang rawat Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.

* 1. **Tujuan**
		1. **Tujuan Umum**

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan dyspepsia, serta mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan pasien dengan dyspepsia di Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.

* + 1. **Tujuan Khusus**
			1. Mampu menyusun teoritis konsep dasar asuhan keperawatan pada Tn. B dengan Dispepsia di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
			2. Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam menunjang asuhan keperawatan pada Tn. B dengan Dispepsia di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
			3. Mampu melakukan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan pada Tn. B dengan Dispepsia di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
			4. Mampu menentukan perencanaan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan Dispepsia di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
			5. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. B dengan Dispepsia di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
			6. Mampu melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada Tn. B dengan Dispepsia di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
			7. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan Dispepsia di Ruang Interne Pria Rumah Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
			8. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Tn. B dengan Dispepsia di Ruang Interne Pria Rumah Sakit Umum Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
	1. **Manfaat Penulisan**
		1. **Bagi Penulis**

Laporan Studi Kasus ini berguna untuk menambah wawasan dan sebagai bekal ilmu bagi penulis untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat terkait dengan masalah-masalah yang tentunya berhubungan dengan dyspepsia.

* + 1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil studi ini diharapkan mampu menjadi salah satu referensi dan penyumbang ilmu pengetahuan dalam asuhan keperawatan pasien dengan dyspepsia.

* + 1. **Bagi Institusi Rumah Sakit**

Hasil studi ini diharapkan mampu menjadi salah satu masukan bagi pihak rumah sakit sebagai gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan dyspepsia.

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

* 1. **Konsep Dasar Dispepsia**
		1. **Pengertian**

Dispepsia merupakan isitilah yang digunakan untuk suatu sindrom (kumpulan gejala atau keluhan) yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati (daerah lambung), kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, dan perut terasa penuh. Keluhan ini tidak selalu ada pada setiap penderita. Bahkan pada seorang penderita, keluhan tersebut dapat berganti atau bervariasi, baik dari segi jenis keluhan maupun kualitas keluhan. Jadi, dispepsia bukanlah suatu penyakit, melainkan merupakan kumpulan gejala ataupun keluhan yang harus dicari penyebabnya (Sofro dan Anurogo, 2013).

Menurut Djojoningrat (2014) kata dispepsia berasal dari bahasaYunani, “dys” yang berarti jelek atau buruk dan “pepsia” yang berarti pencernaan, jika digabungkan dispepsia memiliki arti indigestion atau kesulitan dalam mencerna. Semua gejala-gejala gastrointestinal yang berhubungan dengan masukan makanan disebut dispepsia, contohnya mual, heartburn, nyeri epigastrum, rasa tidak nyaman, atau distensi.

Dispepsia adalah suatu istilah yang merujuk pada gejala abnormal di perut bagian atas. Istilah ini biasa pula digunakan untuk menerangkan bebagai keluhan yang dirasakan di abdomen bagian atas. Diantaranya adalah rasa nyeri ataupun rasa terbakar di daerah epigastrum (ulu hati), perasaan penuh atau rasa bengkak di perut bagian atas, sering sendawa, mual, ataupun rasa cepat kenyang. Dispepsia sering juga dipakai sebagai sinonim dari gangguan pencernaan (Herman, 2004).

Sebagai suatu gejala ataupun sindrom, dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai penyakit, baik yang bersifat organik, maupun yang fungsional. Berdasarkan konsensus terakhir (kriteria Roma) gejala heartburn atau pirosis, yang diduga karena penyakit refluks gastroesofageal, tidak dimasukkan dalam sindrom dispepsia (Djojoningrat, 2014).

* + 1. **Anatomi dan Fisiologi**
1. Anatomi

 

 Gambar 2.1 Anatomi Lambung

Lambung terletak oblik dari kiri ke kanan menyilang di abdomen atas tepat dibawah diafragma. Dalam keadaan kosong lambung berbentuk tabung J, dan bila penuh berbentuk seperti buah alpukat raksasa. Kapasitas normal lambung 1 sampai 2 liter. Secara anatomis lambung terbagi atas fundus, korpus dan antrum pilorus. Sebelah atas lambung terdapat cekungan kurvatura minor, dan bagian kiri bawah lambung terdapat kurvatura mayor. Sfingter kedua ujung lambung mengatur pengeluaran dan pemasukan. Sfingter kardia atau sfingter esofagus bawah, mengalirkan makanan yang masuk kedalam lambung dan mencegah refluks isi lambung memasuki esofagus kembali. Daerah lambung tempat pembukaan sfingter kardia dikenal dengan nama daerah kardia. Disaat sfingter pilorikum berelaksasi makanan masuk kedalam duodenum, dan ketika berkontraksi sfingter ini akan mencegah terjadinya aliran balik isis usus halus kedalam lambung.

Lambung terdiri dari empat lapisan yaitu :

1. lapisan peritoneal luar yang merupakan lapisan serosa.
2. Lapisan berotot yang terdiri atas 3 lapisan :
	* + 1. Serabut longitudinal, yang tidak dalam dan bersambung dengan otot esophagus.
			2. Serabut sirkuler yang palig tebal dan terletak di pylorus serta membentuk ototsfingter, yang berada dibawah lapisan pertama.
			3. Serabut oblik yang terutama dijumpai pada fundus lambunh dan berjalan dari orivisium kardiak, kemudian membelok kebawah melalui kurva tura minor (lengkung kelenjar).
3. Lapisan submukosa yang terdiri atas jaringan areolar berisi pembuluh darah dan saluran limfe.
4. Lapisan mukosa yang terletak disebelah dalam, tebal, dan terdiri atas banyak kerutan/ rugae, yang menghilang bila organ itu mengembang karena berisi makanan

Ada beberapa tipe kelenjar pada lapisan ini dan dikategorikan menurut bagian anatomi lambung yang ditempatinya. Kelenjar kardia berada dekat orifisium kardia. Kelenjar ini mensekresikan mukus. Kelenjar fundus atau gastric terletak di fundus dan pada hampir selurus korpus lambung. Kelenjar gastrik memiliki tipe-tipe utama sel. Sel-sel zimognik atau chief cells mensekresikan pepsinogen. Pepsinogen diubah menjadi pepsin dalam suasana asam. Sel-sel parietal mensekresikan asam hidroklorida dan faktor intrinsik. Faktor intrinsik diperlukan untuk absorpsi vitamin B 12 di dalam usus halus. Kekurangan faktor intrinsik akan mengakibatkan anemia pernisiosa. Sel-sel mukus (leher) ditemukan dileher fundus atau kelenjar-kelenjar gastrik. Sel-sel ini mensekresikan mukus. Hormon gastrin diproduksi oleh sel G yang terletak pada pylorus lambung. Gastrin merangsang kelenjar gastrik untuk menghasilkan asam hidroklorida dan pepsinogen. Substansi lain yang disekresikan oleh lambung adalah enzim dan berbagai elektrolit, terutama ion-ion natrium, kalium, dan klorida.

Persarafan lambung sepenuhnya otonom. Suplai saraf parasimpatis untuk lambung dan duodenum dihantarkan ke dan dari abdomen melalui saraf vagus. Trunkus vagus mempercabangkan ramus gastrik, pilorik, hepatik dan seliaka. Pengetahuan tentang anatomi ini sangat penting, karena vagotomi selektif merupakan tindakan pembedahan primer yang penting dalam mengobati tukak duodenum.

Persarafan simpatis adalah melalui saraf splenikus major dan ganlia seliakum. Serabut-serabut aferen menghantarkan impuls nyeri yang dirangsang oleh peregangan, dan dirasakan di daerah epigastrium. Serabut-serabut aferen simpatis menghambat gerakan dan sekresi lambung. Pleksus saraf mesentrikus (auerbach) dan submukosa (meissner) membentuk persarafan intrinsik dinding lambung dan mengkordinasi aktivitas motoring dan sekresi mukosa lambung.

1. Fisiologi

Fisiologi Lambung :

1. Mencerna makanan secara mekanikal.
2. Sekresi, yaitu kelenjar dalam mukosa lambung mensekresi 1500 – 3000 mL gastric juice (cairan lambung) per hari. Komponene utamanya yaitu mukus, HCL (hydrochloric acid), pensinogen, dan air. Hormon gastrik yang disekresi langsung masuk kedalam aliran darah.
3. Mencerna makanan secara kimiawi yaitu dimana pertama kali protein dirobah menjadi polipeptida
4. Absorpsi, secara minimal terjadi dalam lambung yaitu absorpsi air, alkohol, glukosa, dan beberapa obat.
5. Pencegahan, banyak mikroorganisme dapat dihancurkan dalam lambung oleh HCL.
6. Mengontrol aliran chyme (makanan yang sudah dicerna dalam lambung) kedalam duodenum. Pada saat chyme siap masuk kedalam duodenum, akan terjadi peristaltik yang lambat yang berjalan dari fundus ke pylorus
	* 1. **Etiologi**

Dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai penyakit baik yang bersifat organik dan fungsional. Penyakit yang bersifat organik antara lain karena terjadinya gangguan di saluran cerna atau di sekitar saluran cerna, seperti pankreas, kandung empedu dan lain-lain. Sedangkan penyakit yang bersifat fungsional dapat dipicu karena faktor psikologis dan faktor intoleran terhadap obat-obatan dan jenis makanan tertentu (Abdullah dan Gunawan, 2012).

Faktor-faktor yang menyebabkan dispepsia adalah :

1. Gangguan pergerakan (motilitas) piloroduodenal dari saluran pencernaan bagian atas (esofagus, lambung dan usus halus bagian atas).
2. Menelan terlalu banyak udara atau mempunyai kebiasaan makan salah (mengunyah dengan mulut terbuka atau berbicara).
3. Menelan makanan tanpa dikunyah terlebih dahulu dapat membuat lambung terasa penuh atau bersendawa terus.
4. Mengkonsumsi makanan/minuman yang bisa memicu timbulnya dispepsia, seperti minuman beralkohol, bersoda (soft drink), kopi. Minuman jenis ini dapat mengiritasi dan mengikis permukaan lambung.
5. Obat penghilang nyeri seperti Nonsteroid Anti Inflamatory Drugs(NSAID) misalnya aspirin, Ibuprofen dan Naproven (Rani, 2011).
6. Pola makan

Di pagi hari kebutuhan kalori seseorang cukup banyak sehingga bila tidak sarapan, lambung akan lebih banyak memproduksi asam. Tuntutan pekerjaan yang tinggi, padatnya lalu lintas, jarak tempuh rumah dan kantor yang jauh dan persaingan yang tinggi sering menjadi alasan para profesional untuk menunda makan (Rani, 2011).

Faktor diet dan sekresi cairan asam lambung merupakan penyebab timbulnya dispepsia (Djojoningrat, 2009). Penelitian Khotimah pada 74 mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi sindrom dispepsia menyatakan bahwa salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian sindrom dispepsia adalah keteraturan makan dan jeda antara waktu makan (Khotimah, 2012). Jeda antara waktu makan merupakan penentu pengisian dan pengosongan lambung. Jeda waktu makan yang baik yaitu berkisar antara 4-5 jam (Iping, 2004).

 Fungsi dari cairan asam lambung adalah untuk mencerna makanan yang masuk ke lambung dan merubah makanan tersebut menjadi massa kental (khimus), membantu proses pencernaan makanan yang telah di mulai dari mulut. Cairan asam lambung merupakan cairan yang bersifat iritatif dan asam (Sherwood, 2011). Suasana yang sangat asam di dalam lambung dapat membunuh organisme patogen yang tertelan atau masuk bersama dengan makanan. Namun, bila barier lambung telah rusak, maka suasana yang sangat asam di lambung akan memperberat iritasi pada dinding lambung (Herman, B.R. 2004). Produksi asam lambung berlangsung terus-menerus sepanjang hari dan bilamana tidak adanya makanan yang masuk untuk diproses maka asam lambung tersebut merusak alat pencernaan sehingga terjadi sindrom dispepsia (Ganong WF, 2008).

Menurut Haapalahti (2004) dalam Susanti (2011) ditemukan ada pengaruh pola makan terhadap dispepsia. Pola makan yang tidak teratur mungkin menjadi predisposisi untuk gejala gastrointestinal yang menghasilkan hormon-hormon gastrointestinal yang tidak teratur sehingga akan mengakibatkan terganggunya motilitas gastrointestinal.

Beberapa hal yang dianggap menyebabkan dispepsia fungsional antara lain :

1. Sekresi Asam Lambung

Kasus dengan dispepsia fungsional, umumnya mempunyai tingkat sekresi asam lambung baik sekresi basal maupun dengan stimulasi pentagastrin dapat dijumpai kadarnya meninggi, normal atau hiposekresi.

1. Dismotilitas Gastrointestinal

Dismotilitas Gastrointestinal yaitu perlambatan dari masa pengosongan lambung dan gangguan motilitas lain. Pada berbagai studi dilaporkan dispepsia fungsional terjadi perlambatan pengosongan lambung dan hipomotilitas antrum hingga 50% kasus.

1. Diet dan Faktor Lingkungan

Intoleransi makanan dilaporkan lebih sering terjadi pada kasus dispepsia fungsional. Dengan melihat, mencium bau atau membayangkan sesuatu makanan saja sudah terbentuk asam lambung yang banyak mengandung HCL dan pepsin. Hal ini terjadi karena faktor nervus vagus, dimana ada hubungannya dengan faal saluran cerna pada proses pencernaan. Nervus vagus tidak hanya merangsang sel parietal secara langsung tetapi efek dari antral gastrin dan rangsangan lain sel parietal.

1. Psikologik

Stress akut dapat mempengaruhi fungsi gastrointestinal dan mencetuskan keluhan pada orang sehat. Dilaporkan adanya penurunan kontraktilitas lambung yang mendahului keluhan mual setelah stimulus stress sentral.

* + 1. **Patofisiologi / WOC**

Dispepsia fungsional disebabkan oleh beberapa faktor utama, antara lain gangguan motilitas gastroduodenal, asam lambung, hipersensitivitas viseral,dan faktor psikologis. Faktor-faktor lainnya yang dapat berperan adalah genetik, gaya hidup, lingkungan, diet dan riwayat infeksi gastrointestinal sebelumnya.

1. Gangguan motilitas gastroduodenal

Gangguan motilitas gastroduodenal terdiri dari penurunan kapasitas lambung dalam menerima makanan *(impaired gastric accommodation)*, inkoordinasi antroduodenal, dan perlambatan pengosongan lambung. Gangguan motilitas gastroduodenal merupakan salah satu mekanisme utama dalam patofisiologi dispepsia fungsional, berkaitan dengan perasaan begah setelah makan, yang dapat berupa distensi abdomen, kembung, danrasa penuh.

2. Helicobacter pylori

Peran infeksi Helicobacter pylori pada dispepsia fungsional belum sepenuhnya dimengerti dan diterima. Kekerapan infeksi H. Pylori terdapat sekitar 50% pada dispepsia fungsionaldan tidak berbeda pada kelompok orang sehat. Mulai terdapat kecenderungan untuk melakukan eradikasi H. Pylori pada dispepsia fungsional dengan H. Pylori positif yang gagal dengan pengobatan konservatif baku (Djojoningrat, 2009).

3. Faktor psikososial

Gangguan psikososial merupakan salah satu faktor pencetus yang berperan dalam dispepsia fungsional. Derajat beratnya gangguan psikososial sejalan dengan tingkat keparahan dispepsia. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa depresi dan ansietas berperan pada terjadinya dispepsia fungsional.

4. Asam lambung

Asam lambung dapat berperan dalam timbulnya keluhan dispepsia fungsional. Hal ini didasari pada efektivitas terapi anti-sekretorik asam dari beberapa penelitian pasien dispepsia fungsional. Data penelitian mengenai sekresi asam lambung masih kurang, dan laporan di Asia masih kontroversial.

**WOC**

**MK : Nyeri akut**

**MK : Ketidak seimbnagan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh**

Lambung kosong

Erosi pada lambung karena gesekan dinding lambung

Produksi HCL

Intake makan kurang

Sumber : Soeparman dan Waspadji, 2009.

**MK : Ketidak seimbangan cairan dan elektrolit**

**MK : Ansietas**

Klien cemas dengan keadaannya

Mual, muntah

Ransangan di madula oblongata

**DISPEPSIA**

Nyeri Abdomen

Nyeri epigastrik

Keterlambatan pengosongan

Iritasi / peradangan

 Refleksi reflek fundus

Pajanan keasaman esofagus

Infeksi Helicobakteri pylori

Penyakit asam lambung

Kelainan mortilitas usus

* + 1. **Manifestasi Klinis**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) sindrom adalah himpunan gejala atau tanda yang terjadi serentak (muncul bersama-sama) dan menandai ketidaknormalan tertentu. Sindrom merupakan kumpulan dari beberapa ciri-ciri klinis, tanda-tanda, simtoma, fenomena, atau karakter yang sering muncul bersamaan.

Adapun gejala-gejala (sindrom) dispepsia, yaitu:

1. Nyeri perut (abdominal discomfort)
2. Rasa perih di ulu hati
3. Nafsu makan berkurang
4. Rasa lekas kenyang
5. Perut kembung
6. Rasa panas didada dan perut (Djojoningrat, 2014).
	* 1. **Klasifikasi Dispepsia**

Pengelompokan mayor dispepsia terbagi atas dua yaitu:

1. Dispepsia Organik, bila telah diketahui adanya kelainan organik sebagai penyebabnya. Sindrom dispepsia organik terdapat kelainan yang nyata terhadap organ tubuh misalnya tukak (ulkus peptikum), gastritis, stomach cancer, gastro esophageal reflux disease, hiperacidity.

Jenis-jenis dispepsia organik yaitu:

1. Tukak pada saluran cerna atas

Keluhan yang sering terjadi nyeri epigastrum. Nyeri yang dirasakan yaitu nyeri tajam dan menyayat atau tertekan, penuh atau terasa perih seperti orang lapar. Nyeri epigastrum terjadi 30 menit sesudah makan dan dapat menjalar ke punggung. Nyeri dapat berkurang atau hilang sementara sesudah makan atau setelah minum antasida. Gejala lain seperti mual, muntah, bersendawa, dan kurang nafsu makan (Hadi, H, 2005).

1. Gastritis

Gastritis adalah peradangan/inflamasi pada mukosa dan submukosa lambung. Penyebabnya oleh makanan atau obat-obatan yang mengiritasi mukosa lambung dan adanya pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Gejala yang timbul seperti mual, muntah, nyeri epigastrum, nafsu makan menurun, dan kadang terjadi perdarahan (Sutanto, 2007).

1. Gastro esophageal reflux disease (GRD)

GRD adalah kelainan yang menyebabkan cairan lambung mengalami refluks (mengalir balik) ke kerongkongan dan menimbulkan gejala khas berupa rasa panas terbakar di dada (heart burn), kadang disertai rasa nyeri serta gejala lain seperti rasa panas dan pahit di lidah, serta kesulitan menelan. Belum adates standart mendiagnosa GERD, kejadiannya diperkirakan dari gejala-gejala penyakit lain atau ditemukannya radang pada esofagus seperti esofagitis (Berdanier, 2008).

1. Karsinoma

Karsinoma pada saluran pencernaan (esofagus, lambung, pankreas, kolon) sering menimbulkan dispepsia. Keluhan utama yaitu rasa nyeri diperut, bertambah dengan nafsu makan turun, timbul anoreksia yang menyebabkan berat badan turun (Hadi, H, 2005).

1. Pankreatitis

Gambaran yang khas dari pankreatitis akut ialah rasa nyeri hebat di epigastrum. Nyeri timbul mendadak dan terus menerus, seperti ditusuk-tusukdan terbakar. Rasa nyeri dimulai dari epigastrum kemudian menjalar ke punggung. Perasaan nyeri menjalar ke seluruh perut dan terasa tegang beberapa jam kemudian. Perut yang tegang menyebabkan mual dan kadang-kadang muntah. Rasa nyeri di perut bagian atas juga terjadi pada penderita pankreatitis kronik. Pada pankreatitis kronik tidak ada keluhan rasa pedih, melainkan disertai tanda-tanda diabetes melitus atau keluhan steatorrhoe (Hadi, H, 2005).

1. Dispepsia pada Sindrom Malabsorbsi

Malabsorpsi adalah suatu keadaan terdapatnya gangguan proses absorbsi dan digesti secara normal pada satu atau lebih zat gizi. Penderita ini mengalami keluhan rasa nyeri perut, nausea, anoreksia, sering flatus, kembung dan timbulnya diare berlendir (Sudoyo, 2009).

1. Gangguan Metabolisme

Diabetes Mellitus (DM) dapat menyebabkan gastroparesis yang hebat sehingga muncul keluhan rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, mual dan muntah. Definisi gastroparesis yaitu ketidakmampuan lambung untuk mengosongkan ruangan. Ini terjadi bila makanan berbentuk padat tertahan di lambung. Gangguan metabolik lain seperti hipertiroid yang menimbulkan nyeri perut dan vomitus (Hadi, H, 2005).

1. Dispepsia akibat Infeksi bakteri *Helicobacter pylori*

Penemuan bakteri ini dilakukan oleh dua dokter peraih nobel dari Australia, Barry Marshall dan Robin Warre yang menemukan adanya bakteri yang bisa hidup dalam lambung manusia. Penemuan ini mengubah cara pandang ahli dalam mengobati penyakit lambung. Penemuan ini membuktikan bahwa infeksi yang disebabkan oleh Helicobacter pyloripada lambung dapat menyebabkan peradangan mukosa lambung yang disebut gastritis. Proses ini berlanjut sampai terjadi ulkus atau tukak bahkan dapat menjadi kanker (Rani, 2011).

1. Dispepsia non organik, atau dispepsia fungsional, atau dispepsia non ulkus (DNU), bila tidak jelas penyebabnya. Dispepsia fungsional tanpa disertai kelainan atau gangguan struktur organ berdasarkan pemeriksaan klinis, laboratorium, radiologi, dan endoskopi (Mansjoer, 2000). Menurut Friedman (2010)
	* 1. **Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang harus biSA menyingkirkan kelainan serius, terutama kanker lambung, sekaligus menegakkan diagnosis bila mungkin. Sebagian pasien memiliki resiko kanker yang rendah dan dianjurkan untuk terapi empiris tanpa endoskopi. Menurut Schwartz, M William (2004) dan Wibawa (2006) berikut merupakan pemeriksaan penunjang:

* + - 1. Tes Darah

Hitung darah lengkap dan LED normal membantu menyingkirkan kelainan serius. Hasil tes serologi positif untuk *Helicobacter pylori* menunjukkan ulkus peptikum namun belum menyingkirkan keganasan saluran pencernaan.

* + - 1. Endoskopi (*esofago-gastro-duodenoskopi*)

Endoskopi adalah tes definitive untuk esofagitis, penyakit epitellium Barret, dan ulkus peptikum. Biopsi antrum untuk tes ureumse untuk *H.pylori* (tes CLO).

Endoskopi adalah pemeriksaan terbaik masa kini untuk menyingkirkan kausa organic pada pasien dispepsia. Namun, pemeriksaan *H. pylori* merupakan pendekatan bermanfaat pada penanganan kasus dispepsia baru. Pemeriksaan endoskopi diindikasikan terutama pada pasien dengan keluhan yang muncul pertama kali pada usia tua atau pasien dengan tanda alarm seperti penurunan berat badan, muntah, disfagia, atau perdarahan yang diduga sangat mungkin terdapat penyakit struktural.

Pemeriksaan endoskopi adalah aman pada usia lanjut dengan kemungkinan komplikasi serupa dengan pasien muda. *Menurut Tytgat GNJ*, endoskopi direkomendasikan sebagai investigasi pertama pada evaluasi penderita dispepsia dan sangat penting untuk dapat mengklasifikasikan keadaan pasien apakah dispepsia organik atau fungsional. Dengan endoskopi dapat dilakukan biopsy mukosa untuk mengetahui keadaan patologis mukosa lambung.

* + - 1. DPL : Anemia mengarahkan keganasan
			2. EGD : Tumor, PUD, penilaian esofagitis
			3. Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium termasuk hitung darah lengkap, laju endap darah, amylase, lipase, profil kimia, dan pemeriksaan ovum dan parasit pada tinja. Jika terdapat emesis atau pengeluaran darah lewat saluran cerna maka dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan barium pada saluran cerna bgian atas.
		1. **Penatalaksanaan**
1. **Penatalaksanaan Medis**

Berdasarkan Konsensus Nasional Penanggulangan Helicobacter pylori 2014, ditetapkan skema penatalaksanaan dispepsia, yang dibedakan bagi sentra kesehatan dengan tenaga ahli (gastroenterolog atau internis) yang disertai fasilitas endoskopi dengan penatalaksanaan dispepsia di masyarakat.

Pengobatan dispepsia mengenal beberapa golongan obat, yaitu:

1. Antasid 20-150 ml/hari

Golongan obat ini mudah didapat dan murah. Antasid akan menetralisir sekresi asam lambung. Antasid biasanya mengandung Na bikarbonat, Al(OH)3, Mg(OH)2, dan Mg triksilat. Pemberian antasid jangan terus-menerus, sifatnya hanya simtomatis, unutk mengurangi rasa nyeri. Mg triksilat dapat dipakai dalam waktu lebih lama, juga berkhasiat sebagai adsorben sehingga bersifat nontoksik, namun dalam dosis besar akan menyebabkan diare karena terbentuk senyawa MgCl2.

1. Antikolinergik

Perlu diperhatikan, karena kerja obat ini tidak spesifik. Obat yang agak selektif yaitu pirenzepin bekerja sebagai anti reseptor muskarinik yang dapat menekan seksresi asama lambung sekitar 28-43%. Pirenzepin juga memiliki efek sitoprotektif.

1. Antagonis reseptor H2

Golongan obat ini banyak digunakan untuk mengobati dispepsia organik atau esensial seperti tukak peptik. Obat yang termasuk golongan antagonis respetor H2 antara lain simetidin, roksatidin, ranitidin, dan famotidin.

1. Penghambat pompa asam (proton pump inhibitor = PPI)

Golongan obat ini mengatur sekresi asam lambung pada stadium akhir dari proses sekresi asam lambung. Obat-obat yang termasuk golongan PPI adalah omeperazol, lansoprazol, dan pantoprazol.

1. Sitoprotektif

Prostoglandin sintetik seperti misoprostol (PGE1) dan enprostil (PGE2). Selain bersifat sitoprotektif, juga menekan sekresi asam lambung oleh sel parietal. Sukralfat berfungsi meningkatkan sekresi prostoglandin endogen, yang selanjutnya memperbaiki mikrosirkulasi, meningkatkan produksi mukus dan meningkatkan sekresi bikarbonat mukosa, serta membentuk lapisan protektif (site protective), yang bersenyawa dengan protein sekitar lesi mukosa saluran cerna bagian atas (SCBA).

1. Golongan Prokinetik

Obat yang termasuk golongan ini, yaitu sisaprid, domperidon, dan metoklopramid. Golongan ini cukup efektif untuk mengobati dispepsia fungsional dan refluks esofagitis dengan mencegah refluks dan memperbaiki bersihan asam lambung (acid clearance)

1. Kadang kala juga dibutuhkan psikoterapi dan psikofarmaka (obat anti- depresi dan cemas) pada pasien dengan dispepsia fungsional, karena tidak jarang keluhan yang muncul berhubungan dengan faktor kejiwaan seperti cemas dan depresi.
	* 1. **Pencegahan**

Pencegahan terhadap penyakit dispepsia ini adalah sebagai berikut:

1. Pencegahan Primordial

Merupakan pencegahan pada orang-orang yang belum memilik faktor resiko dispepsia, dengan cara mengenali dan menghindari keadaan/kebiasaan yang dapat mencetuskan serangan dispepsia, dan untuk menghindari infeksi *helicobacter pylori* dilakukan dengan cara menjaga sanitasi lingkungan agar tetap bersih, perbaikan gizi, dan dan penyediaan air bersih (Rani, 2011).

1. Pencegahan Primer (Primary Prevention)

Berperan dalam mengolah dan mencegah timbulnya gangguan akibat dispepsia pada orang yang sudah memiliki faktor resiko dengan cara membatasi atau menghilangkan kebiasaan-kebiasaan yang tidak sehat seperti, makan tidak teratur, merokok, mengkonsumsi alkohol, minuman bersoda, makanan berlemak, pedas, asam, dan menimbulkan gas di lambung. Berat badan perlu dikontrol agar tetap ideal, karena gangguan pada saluran pencernaan, seperti rasa nyeri di lambung, kembung, dan konstipasi lebih umum terjadi pada orang yang mengalami obesitas. Rajin olahraga dan manajemen stres juga dapat menurunkan resiko terjadinya dispepsia (Redaksi, 2009).

1. Pencegahan Sekunder
2. Diet mempunyai peran yang sangat penting, dasar diet tersebut adalah makan sedikit berulang kali, makanan harus mudah dicerna, tidak merangsang peningkatan asam lambung, dan bisa menetralisir asam HCL.
3. Obat-obatan untuk mengatasi dispepsia adalah antasida, antagonis reseptor H2, penghambat pompa asam (*proton pump inhibitor*= PPI), sitoprotektif, prokinetik, dan kadang dibutuhkan psikoterapi, atau psikofarma (obat anti depresi atau cemas) untuk penderita yang berhubungan dengan faktor kejiwaan seperti cemas, dan depresi (Redaksi, 2009).
4. Bagi yang berpuasa untuk mencegah kambuhnya sindrom disepsia, sebaiknya menggunakan obat anti asam lambung yang bisa diberikan saat sahur dan berbuka untuk mengontrol asam lambung selama berpuasa. Berbeda dengan dispepsia organik, bila si penderita berpuasa kondisi asam lambungnya akan semakin parah. Penderita boleh berpuasa setelah penyebab sakit lambungnya diobati terlebih dahulu (Mansjoer, 2000).
5. Pencegahan Tersier
6. Rehabilitasi mental melalui konseling dengan psikiater, dilakukan bagi penderita gangguan mental akibat tekanan yang dialami penderita dispepsia terhadap masalah yang dihadapi.
7. Rehabilitasi sosial dan fisik dilakukan bagi pasien yang sudah lama dirawat di rumah sakit agar tidak mengalami gangguan ketika kembali ke masyarakat (Declan, 2001).
	* 1. **Komplikasi**

Komplikasi dispepsia yaitu luka didinding lambung yang dalam atau melebar tergantung berapa lama lambung terpapar oleh asam lambung. Bila keadaan dispepsia ini terus terjadi luka akan semakin dalam dan dapat menimbulkan komplikasi pendarahan saluran cerna yang ditandai dengan terjadinya muntah darah, dimana merupakan pertanda yang timbul belakangan.

Awalnya penderita pasti akan mengalami buang air besar berwarna hitam terlebih dulu yang artinya sudah ada perdarahan awal. Tapi komplikasi yang paling dikhawatirkan adalah terjadinya kangker lambung yang mengharuskan penderitanya melakukan operasi.

* 1. **Penatalaksanaan Keperawatan**
		1. **Asuhan Keperawatan Teoritis**
			1. **Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu : Mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan dispepsia meliputi adanya nyeri perut, rasa pedih di ulu hati, mual kadang-kadang muntah, nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, perut kembung, rasa panas di dada dan perut, regurgitasi (keluar cairan dari lambung secar tiba-tiba). (Mansjoer, 2000).

Menurut Tucker (1998), pengkajian pada klien dengan dispepsia adalah sebagai berikut:

1. **Biodata**
2. Identitas Pasien : nama, umur, jenis kelamin, suku / bangsa, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat.
3. Identitas penanggung jawab : nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, hubungan dengan pasien, alamat.
4. **Keluhan Utama**

Nyeri/pedih pada epigastrium disamping atas dan bagian samping dada depan epigastrium, mual, muntah dan tidak nafsu makan, kembung, rasa kenyang

1. **Riwayat kesehatan sekarang**

Menurut Djojoningrat 2014 klien dengan Dispepsia meempunyai keluhan : Nyeri perut (abdominal discomfort) , Rasa perih di ulu hati, Nafsu makan berkurang, Rasa lekas kenyang, Perut kembung, Rasa panas didada dan perut .

1. **Riwayat Kesehatan Dahulu**

Apakah sebelumnya klien pernah mengalami penyakit gastritis, Hipertensi.

1. **Riwayat Kesehatan Keluarga**

Adakah anggota keluarga yang lain juga pernah menderita penyakit saluran pencernaan

1. **Pola aktivitas**

Pola makan yaitu kebiasaan makan yang tidak teratur, makanan yang kurang serat dan makan makanan yang merangsang selaput mukosa lambung, berat badan sebelum dan sesudah sakit.

1. **Aspek Psikososial**

Keadaan emosional, hubungan dengan keluarga, teman, adanya masalah interpersonal yang bisa menyebabkan stress.

1. **Aspek Ekonomi**

Jenis pekerjaan dan jadwal kerja, jarak tempat kerja dan tempat tinggal, hal-hal dalam pekerjaan yang mempengaruhi stress psikologis dan pola makan.

1. **Pemeriksaan Fisik**

**Head to toe**

1. **Kepala dan rambut**

Bentuk kepala simetris, dapat digerakkan, kulit kepala bersih dan tidak rontok, tidak ada uban dan rambut lurus.

1. **Mata**

Visus/ ketajaman penglihatan tidak terkaji, sklera tidak ikterik. Konjungtiva tidak anemis,posisi bola mata simetris dan  penglihatan normal, tidak menggunakan alat bantu.

1. **Hidung**

Bentuk dan posisi simetris, tidak terdapat kotoran/ sekret. Fungsi penciuman normal. Tidak terdapat peradangan pada mukosa dan tidak ada polip.

1. **Telinga**

Bentuk dan posisi simetris, fungsi pendengaran baik (jika dipanggil klien langsung memberi respon), tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada peradangan dan klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

1. **Mulut dan gigi**

Inspeksi : Mukosa bibir kering dan terlihat berwarna pucat, tidak ada peradangan pada mulut, klien tidak memakai gigi palsu, ada terdapat caries, kebersihan cukup. Fungsi pengecapan normal (klien bisa membedakan rasa manis dan pahit).

Palpasi : Terdapat atau tidaknya nyeri tekan.

1. **Leher**

Simetris kiri dan kanan. Tidak teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening dan tiroid, pergerakan leher dapat bergerak ke kiri dan kanan, atas dan bawah. Tidak terdapat massa.

1. **Thorax (fungsi pernafasan)**

Inspeksi : Pergerakan dada normal, tidak menggunakan alat bantu dalam bernapas.

Palpasi     : Tidak terdapat nyeri tekan.

Perkusi : Bunyi normal (sonor).

Auskultasi : Tidak terdengar bunyi nafas tambahan.

1. **Abdomen**

Inspeksi : Bentuk simetris dan tidak ada lesi

Auskultasi : Bising usus 5 kali/menit

Palpasi : Tidak benjolan, ada nyeri tekan

Perkusi : Tympani

1. **Genitalia**

Apakah ada kelainan dan gangguan pada genitalia.

**2.2.1.2 Diagnosa**

Menurut Soepasrman dan Waspadji (2009) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Dispepsia secara teori berdasarkan (NANDA 2015), yaitu :

1. Nyeri akut
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit
4. Ansietas
	* + 1. **INTERVENSI KEPERAWATAN**

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **DIAGNOSA** | **NOC** | **NIC** |
| 1. | Nyeri akut  | **Pain Level****Pain Control****Comfort Level Pain : Disruptive Effects** Kriteria Hasil :1. Menggunakan skala nyeri untuk mengidentifikasi tingkat nyeri
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
3. Melaporkan kebutuhan tidur dan istirahat tercukupi
4. Mampu menggunakan metode non farmakologi untuk mengurangi nyeri
 | **Manajemen Nyeri**1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus.
2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenaiketidaknyamanan
3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri.
4. Berikan informasi mengenai nyeri
5. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologik (Teknik relaksasi)
6. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani neyrinya dengan tepat.
7. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan
8. Kolaborasi dengan Tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindkan penurun nyeri.
9. Dukung istirahat dan tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
10. Beritahu dokter jika tindakan tidak berhasil
 |
| 2. | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | N**utritional Status Nutritional Status : Food and Fluid Intake Nutritional Status : Nutrient Intake** **Weight Control** Kriteria Hasil : 1. Adanya peningkatan berat badab sesuai dengan tujuan
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan
6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
 | **Manajemen Nutrisi**1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Pastikan makan disajikan dengan cara yang menarik
5. Intruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
6. Pastikan diet mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi
7. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan
8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk diet klien
 |
| 3. | Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit  | **Fluid Balance****Hydration****Nutritional Status : Food and Fluid Intake** Kriteria Hasil : 1. Keseimbangan urin out put lebih dari 1300 mL/hari (paling sedikit 30 mL/jam)
2. Tekanan darah, nadi, dan suhu normal
3. Turgor kulit baik, membran mukosa dan lidah lembab, orientasi tempat, waktu, dan orang baik
4. Pasien mampu untuk mencegah dan mengatasi kehilangan cairan
 | **Manajemen Elektrolit / Cairan**1. Pantau kadar serum elektrolit yang abnormal
2. Tingkatkan intake asupan per oral
3. Timbang berat badan harian dan pantau gejala
4. Pantau adanya tanda dan gejala retensi cairan
5. Monitor tanda-tanda vital
6. Catat intake dan output yang akurat
 |
| 4. | Ansietas  | **Anxiety Control** **Aggression Control****Coping****Impulse Control**Kriteria Hasil : 1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan, dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas
3. Vital sign (TD, nadi, respirasi) dalam batas normal
4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.
5. Menunjukkan peningkatan konsenrtasi dan akurasi dalam berpikir
6. Menunjukkan peningkatan fokus eksternal
 | **Anxiety Reduction**1. Tenangkan pasien
2. Kaji tingkat kecemasan
3. Jelaskan seluruh prosedur tindakan kepada pasien dan perasaan yang mungkin
4. Berikan dorongan dan berikan waktu untuk mengungkapkan pikiran dan dengarkan semua keluhan pasien
5. Jelaskan semua prosedur dan pengobatannya
6. Berikan dorongan dan spiritual
7. Motivasi klien untuk tidak cemas
8. Ajarkan pasien teknik relaksasi
 |

* + - 1. **Implementasi**

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah katagori dari prilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang dipekirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, di banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (Potter & Perry, 2005).

* + - 1. **Evaluasi**

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam asuhan keperawatan, evaluasi dilakukan dengan pendnekatan SOAP (data subjektif, data objektif, analisa dan planning). Dalam evaluasi ini dapat ditenukan sejauh manna keberhasilan rencnana tindakan keperawatan yang harus dimodifikasi

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

**3.1 Pengkajian**

* + 1. **Identitas**

Nama/ Initial : Tn. B Nomor MR : 474637

Umur : 67 tahun Ruang Rawat : IP

Jenis Kelamin : Laki-laki Tgl masuk RS : 19 Juni 2017

Status : Kawin Tgl pengkajian : 20 Juni 2017

Agama : Islam

Pekerjaan : Petani

Pendidikan : SD

Alamat : Tanah Agam, Koto tuo

**Penanggung Jawab**

Nama : Ny. M

Umur : 59 tahun

Hubungan Keluarga : Istri

Pekerjaan : IRT

* + 1. **Kelihan utama**

Klien masuk IGD RSAM Bukittinggi diantar keluarga pada tanggal 19 Juni 2017 jam 22.30 dengan keluhan nyeri di perut, rasa perih di ulu hati yang telah dirasakan sejak 1 bulan yang lalu. Selain itu klien juga mengatakan sakit pada tenggorokan, perut kembung serta rasa panas di dada dan di perut sejak beberapa hari yang lalu, nafsu makan menurun, mual dan muntah, klien mual muntah sehabis makan, isi muntah semua apa yang sudah dimakan. TTV klien TD : 100/ 60 mmHg, Suhu : 370C, Nadi : 80 x/menit dan pernafasan : 23x/menit.

* + 1. **Riwayat Kesehatan**
1. **Riwayat Kesehatan Sekarang**

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan nyeri, nyeri pada derah perut dan tenggorokan, nyeri terasa di iris, nyeri menyebar ke ulu hati, skala nyeri 4, nyeri bertambah apabila makan dan minum, nafsu makan menurun, mual dan muntah, setelah muntah dada terasa panas sampai ke leher, muntah berisi air saja, badan lemas dan lesu, cemas dengan penyakitnya, mulut terasa luka.

Pada saat dilakukan observasi klien tampak meringis, klien melokalisir nyeri, skla nyeri 4, klien tampak cemas, sering bertanya-tanya tentang penyakitnya, klien tidak menghabiskan porsi makanan, letih, lemas dan lesu.

1. **Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien mengatakan ada riwayat maagh sejak 3 tahun yang lalu dan klien sebelumnya belum pernah di rawat di rumah sakit, klien hanya pergi berobat ke puskesmas yang terdekat dengan rumah apabila klien mengalami gejala maagh, klien mengatakan tidak ada mempunyai riwayat hipertensi, diabetes mellitus, keluhan paru-paru dan lain-lain.

1. **Riwayat Kesehatan Keluarga**

Klien mengatakan dalam keluarga mereka tidak ada yang pernah menderita penyakit seperti penyakit yang diderita klien saat ini dan penyakit keturunan yang lain seperti DM, Hipertensi, Asma dll. Juga tidak ada yang menderita penyakit menular seperti TBC, hepatitis dll.

**Genogram**

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Klien

: Garis keturunan

: Serumah

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum : Sedang

Kesadaran : Compos mentis

GCS : 15

BB/ TB : 58 Kg/ 168 cm

BB sebelum sakit : 63 kg

Tanda-tanda Vital

Suhu : 370C

Nadi : 80 x/i

Pernafasan : 23x/i

Tekanan Darah : 100/ 60 mmHg

1. **Kepala**
2. Rambut

Bersih tapi sedikit berminyak, warna rambut hitam keputihan, tidak ada ketombe, tidak mudah dicabut

1. Mata

Simetris, conjungtiva ananemis, sclera anikterik, reflek pupil isokor 2/3 mm ( + / + ).

1. Telinga

Simetris, tidak ada serumen, tidak peradangan, dan tidak keluhan nyeri

1. Hidung

Bersih tidak ada secret, tidak ada lesi, tidak ada gejala polip dan tidak ada secret pada hidung.

1. Mulut dan Gigi

Inspeksi : Mukosa bibir kering (pucat), gigi pasien tidak bersih, gigi pasien tidak lengkap, mulut tidak dapat membuka lebar.

Palpasi : Gigi depan goyah dan terasa nyeri apabila disentuh

1. **Leher**

Simestris kiri dan kanan, Tidak tampak pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran vena jugularis.

1. **Thorak**
2. Paru-paru

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, dalam keadaan statis dan dinamis, pergerakan dinding dada sama, tidak memakai alat bantu pernafasan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, vocal fremitus dalam intensitas getaran yang sama antara paru kanan dan paru kiri

Perkusi : Sonor di kedua lapang paru

Auskultasi : suara nafas vesikuler

1. Jantung

Inspeksi : Ictus Cordis tidak terlihat

Palpasi : tidak ada nyeri tekan saat dilakukan palpasi, ictus cordis tidak teraba

Perkusi : Saat diperkusi bunyi jantung redup

Auskultasi : BJ1, BJ2 reguler, mumut ( - ), gallop ( - )

1. **Abdomen**

Inspeksi : Simetris dan tidak ada lesi.

Auskultasi : Bising usus 8 kali/menit

Palpasi : Ada nyeri tekan dan tidak ada pembesaran hepar.

Perkusi : Tympani

1. **Punggung**

Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi dan pembengkakan

Palpasi : Vocal tektil premitus teraba kiri dan kanan saat klien menyebut 77.

1. **Ekstermitas**
2. Atas

Tangan kiri klien terpasang infuse RL 30 tts/menit, tangan terpasang infus tidak ada flebitis dan tidak ada pembengkakan pada tangan kiri dan tangan kanan.

1. Bawah

Kaki klien simetris kiri dan kanan, tidak ada pembengkakan, kedua telapak kaki tampak pecah-pecah. Klien tidak mampu berjalan dan berdiri dalam waktu yang lebih lama, karena klien merasa kaki tidak bertenaga.

Kekuatan otot

|  |  |
| --- | --- |
|  5  | 5 |
|  4 | 5 |

Keterangan :

Tabel 3.1 Keterangan kekuatan otot

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Skala** | **Nilai** | **Keterangan** |
| Normal | 5/5 | Mampu menggerakan persendian dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh. |
| Baik | 4/5 | Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan sedang. |
| Sedang | 3/5 | Hanya mampu melawan gaya gravitasi |
| Buruk | 2/5 | Tidak mampu melawan gaya gravitasi (gerak pasif) |
| Sedikit | 1/5 | Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakan persendian |
| Tidak ada | 0/5 | Tidak ada kontraksi otot |

1. **Genetalia**

Fungsi genetalia baik, bersih dan tidak dipasang kateter

1. **Integumen**

Inspeksi : Kulit tampak pucat dan kering, tidak ada lesi pada kulit

Palpasi : Ketika kulit di cubit kulit kembali >2 detik

* + 1. **Data Biologis**

Tabel 3.2 Data Biologis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Aktivitas** | **Sehat** | **Sakit** |
|  | **Makanan dan minuman/ nutrisi makanan*** Menu
* Porsi
* Makanan kesukaan
* Pantangan
* Jenis Diit
 | Nasi lauk pauk1 porsi NasiTidak adaMakanan biasa | Makanan cair½ PorsiTidak adaTidak adaMakanan cair |
|  | **Minum** * Jumlah
* Minuman kesukaan
* Pantangan
 | 7 – 8 gelas/ hariTeh manis, susuTidak ada  | 4 – 5 gelas / hariAir putih Tidak ada |
|  | **Eliminasi** **BAB** * Frekuensi

 * Warna
* Bau
* Konsistensi
* Kesulitan

**BAK*** Frekuensi
* Warna
* Bau
* Konsistensi
* Kesulitan
 | 1x sehariKuning Khas Tidak ada ksulitan5 – 6 x/ hariKuning Khas -Tidak ada  | Selama sakit klien BAB tidak tertaur, kadang-kadang ada dalam sehari dan kadang-kadang tidak ada4 – 5 x sehariKuning Khas-Tidak ada  |
|  | **Istirahat dan Tidur*** Waktu tidur
* Lama tidur
* Hal yang mempermudah tidur
* Kesulitan tidur
 | Jam 11 – 5 pagi6 jamLampu dimatikanTidak ada  | Jam 3 – 6 3 jam Susah tidur Mudah terbangun  |

* + 1. **Riwayat Alergi**

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan dan obat-obatan.

* + 1. **Data Psikologis**

Klien mengatakan ingin cepat sehat dan klien berharap klien bisa pulang kerumah.

* + 1. **Data Sosial Ekonomi**

Klien menggunakan kelas umum dalam pengobatan

* + 1. **Data Spiritual**

Klien mengatakan klien menganut agam islam dan klien meyakini Allah sebagi Tuhan, selama di rumah sakit klien menunaikan ibadah shalat 5 waktu sehari semalam.

* + 1. **Data Penunjang**
1. Serologi

Pada tanggal : 20 Juni 2017

 Tabel 3.3 Hasil laboratorium serologi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Test | Report | Flag | Unit | Normal |
| C-ChalC\_HDLC\_HDLGlukTriglyUALDL | 185-11264083.489 | L (Duplo)HHL | Mg/ dlMg/ dlMg/ dlMg/ dlMg/ dlMg/ dlMg/ dl | … 20130 – 71 30 – 71 74 – 106 60 – 16535 – 72 10 – 129  |

**Keterangan :**

Pada pemeriksaan serologi c\_chal (lemak darah) dalam dalam batas normal, C\_HDL terjadi penurunan dari batas normal dengan Report 1 Mg/ dl, Gluk (Gula darah) sedikit meningkat dengan Report 126 Mg/ dl, karena pasien dalam keadaan puasa, Trigliserida (Lemak darah) terjadi peningkatan tinggi dengan Report 408 Mg/ dl.

1. Kimia Klinik

Kalium : 4.25 ( 3,5 – 5,5 ) MEg/ i

Natrium : 131,1 ( 135 – 147 ) MEg/i

Khlorida : 102,2 ( 100 – 106) MEg/i

HGB : 9,2 (g/dl) P 13.0 – 16.0

 W 12.0 – 14.0

RBC : 3.37 (10^3/uL) P 4.5 – 55

 W 40 – 5.0

HCT : 26.2 (%) P 40.0 – 48.0

 W 37.0 – 43.0

WBC : 16.64 (10^3/uL) 50 – 10.0

PLT 176 (10^3/uL) 15 – 400

**Keterangan :**

Hgb (Hemoglobin) Rendah dengan Report 9,2 g/dl, RBC (eritrosit) sedikit rendah dengan Report 3,37 (10^3/ul), HCT (Hematokrit) Rendah dengan Report 26.2 (%), WBC (Leukosit) dengan Report 16.64 (10^3/uL), PLT (Trombosit) dalam batas normal dengan Report 176 (10^3/uL).

* + 1. **Data Pengobatan**
* IVFD RL 30 tts/menit

Kegunaan : Kandungan kaliumnya bermanfaat untuk konduksi saraf dan otak, mengganti cairan hilang karena dehidrasi, syok hipovolemik dan kandungan natriumnya menentukan tekanan osmotik pada pasien.

* Inj Omperazol 2 x 40 mg/hari

Kegunaan : Omeprazole adalah obat untuk mengatasi masalah perut dan kerongkongan yang diakibatkan oleh asam lambung. Cara kerjanya adalah dengan menurunkan kadar asam yang diproduksi perut. Omeprazole juga dapat meringankan gejala panas perut, kesulitan menelan, dan batuk yang tak kunjung hilang. Fungsi lainnya adalah membantu menyembuhkan kerusakan asam di perut dan kerongkongan, membantu mencegah luka lambung, dan dapat juga mencegah kanker kerongkongan. Omeprazole tergolong dalam obat golongan proton pump inhibitors (PPIs).

* Sukralfat syr 3 x 2 sdm/hari

Kegunaan : Sukralfat adalah obat yang digunakan untuk menangani tukak duodenum. Duodenum adalah bagian pertama usus halus. Obat ini umumnya dikonsumsi untuk jangka pendek, yaitu selama empat hingga delapan minggu. Sukralfat bekerja dengan membentuk lapisan pelindung pada dinding duodenum sehingga dapat melindungi tukak dari asam lambung. Dengan membentuk pelindung tersebut, obat ini akan mencegah kerusakan tidak bertambah parah, meredakan rasa sakit, dan membantu penyembuhan tukak.

* + 1. **Data Fokus**
1. **Data Subjektif**
* Klien mengatakan sakit pada tenggorokan
* Klien mengatakan nyeri pada ulu hati
* Klien mengatakan perut terasa kembung
* Klien mengatakan terasa panas di perut dan dada
* Klien mengatakan mulut terasa luka
* Klien mengatakan tidak nafsu makan
* Klien mengatakan mual dan muntah
* Klien mengatakan susah untuk minum
* Klien mengatakan minum air putih hanya 4-5 gelas/hari
* Klien mengatakan cemas dengan penyakitnya
* Klien mengeluhkan letih, lemah dan lesu
* Klien mengatakan susah untuk beraktifitas
* Klien mengatakan mulut dan gigi terasa kotor
1. **Data Objektif**
* Klien tampak meringis
* Klien sering memegang bagian perut dan dada
* Skala nyeri 4
* Mulut klien tampak kotor dan gigi klien tampak tidak bersih
* Klien tampak tidak menghabiskan porsi makanannya
* Klien tampak mengahbiskan ½ dari porsi makanan yang dihidangkan
* Klien tampak cemas dengan penyakitnya dan bertanya-tanya tentang penyakitnya
* Klien tampak letih dan lemah
* Kulit klien tampak pucat dan kering
* Mukosa bibir kering
* Apabila kulit dicubit kembali >2 detik
* Klien tampak susah untuk minum
* Klien tampak istirahat ditempat tidur

**ANALISIS DATA**

Tabel 3.4 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data** | **Etiologi** | **Masalah** |
|  | DS: * Klien mengatakan nyeri pada ulu hati
* Klien mengatakan sakit pada tenggorokan
* Klien mengatakan rasa panas di perut dan di dada
* Klien mengatakan perut terasa kembung

DO :* Klien tampak memegang perutnya
* Klien tampak meringis skala nyeri 4
 | Implamasi mukosa lambung  | Nyeri akut |
|  | DS:* Klien mengatakan tidak nafsu makan dan susah untuk menelan
* Klien mengatakan mual dan muntah
* Klien mengatakan lemah, lesu dan letih

DO:* Klien tampak tidak menghabiskan porsi makanan
* Klien tampak mengahbiskan ½ dari porsi makanan yang dihidangkan
* Mulut dan gigi klien kelihatan kotor
* Klien tampak lemah dan tidak bertenaga

BB : 58 KgTB : 168 cm | Anoreksia | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh |
|  | DS :* Klien mengatakan cemas dengan penyakitnya
* Klien bertanya-tanya tentang penyakitnya

DO:* Klien tampak cemas
 | Perubahan status kesehatan  | Ansietas  |
|  | DS :* Klien mengatakan susah untuk minum
* Klien mengatakan minum air putih hanya 4-5 gelas/hari

DO :* Kulit klien tampak pucat dan kering
* Mukosa bibir kering
* Apabila kulit dicubit kembali >2 detik
* Klien tampak susah untu minum
 | Anoreksia | Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit  |
|  | DS :* Klien mengeluhkan letih, lemah dan lesu
* Klien mengatakan susah untuk beraktifitas

DO :* Klien tampak letih dan lemah
* Klien tampak istirahat ditempat tidur
 | Keelemahan fisik | Intoleransi aktivitas |

**3.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri akut
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit
4. Ansietas
5. Intoleransi aktivitas

**3.3 INTERVENSI KEPERAWATAN**

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **DIAGNOSA** | **NOC** | **NIC** |
| 1. | Nyeri akut DS: * Klien mengatakan nyeri pada ulu hati
* Klien mengatakan sakit pada tenggorokan
* Klien mengatakan rasa panas di perut dan di dada
* Klien mengatakan perut terasa kembung

DO :* Klien tampak memegang perutnya
* Klien tampak meringis skala nyeri 4
 | **Pain Level****Pain Control****Comfort Level Pain : Disruptive Effects** Kriteria Hasil :1. Menggunakan skala nyeri untuk mengidentifikasi tingkat nyeri
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
3. Melaporkan kebutuhan tidur dan istirahat tercukupi
4. Mampu menggunakan metode non farmakologi untuk mengurangi nyeri
 | **Manajemen Nyeri**1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus.
2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenaiketidaknyamanan
3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri.
4. Berikan informasi mengenai nyeri
5. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologik (Teknik relaksasi)
6. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan
7. Kolaborasi dengan Tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindkan penurun nyeri.
8. Dukung istirahat dan tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
9. Beritahu dokter jika tindakan tidak berhasil
 |
| 2. | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuhDS:* Klien mengatakan tidak nafsu makan dan susah untuk menelan
* Klien mengatakan makan 3 sendok saja
* Klien mengatakan mulutnya terasa kotor
* Klien mengatakan lemah, lesu dan letih

DO:* Klien tampak tidak menghabiskan porsi makan
* Mulut dan gigi klien kelihatan kotor
* Klien tampak lemah dan tidak bertenaga

BB : 58 KgTB : 168 cm | N**utritional Status Nutritional Status : Food and Fluid Intake Nutritional Status : Nutrient Intake** **Weight Control** Kriteria Hasil : 1. Adanya peningkatan berat badab sesuai dengan tujuan
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan
6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
 | **Manajemen Nutrisi**1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Intruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
 |
| 3. | Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit DS :* Klien mengatakan susah untuk minum
* Klien mengatakan minum air putih hanya 4-5 gelas/hari

DO :* Kulit klien tampak pucat dan kering
* Mukosa bibir kering
* Apabila kulit dicubit kembali >2 detik
* Klien tampak susah untu minum
 | **Fluid Balance****Hydration****Nutritional Status : Food and Fluid Intake** **Kriteria Hasil :** 1. Keseimbangan urin out put lebih dari 1300 mL/hari (paling sedikit 30 mL/jam)
2. Tekanan darah, nadi, dan suhu normal
3. Turgor kulit baik, membran mukosa dan lidah lembab, orientasi tempat, waktu, dan orang baik
4. Pasien mampu untuk mencegah dan mengatasi kehilangan cairan
 | **Manajemen Elektrolit / Cairan**1. Tingkatkan intake asupan per oral
2. Pantau adanya tanda dan gejala retensi cairan
3. Monitor tanda-tanda vital
4. Catat intake dan output yang akurat
 |
| 4. | Ansietas DS :* Klien mengatakan cemas dengan penyakitnya
* Klien bertanya-tanya tentang penyakitnya

DS:Klien tampak cemas | **Anxiety Control** **Aggression Control****Coping****Impulse Control****Kriteria Hasil :** 1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan, dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas
3. Vital sign (TD, nadi, respirasi) dalam batas normal
4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.
5. Menunjukkan peningkatan konsenrtasi dan akurasi dalam berpikir
6. Menunjukkan peningkatan fokus eksternal
 | **Anxiety Reduction**1. Tenangkan pasien
2. Kaji tingkat kecemasan
3. Jelaskan seluruh prosedur tindakan kepada pasien dan perasaan yang mungkin
4. Berikan dorongan dan berikan waktu untuk mengungkapkan pikiran dan dengarkan semua keluhan pasien
5. Jelaskan semua prosedur dan pengobatannya
6. Berikan dorongan dan spiritual
7. Motivasi klien untuk tidak cemas
8. Ajarkan pasien teknik relaksasi
 |
| 5 | Intoleransi aktivitasDS :* Klien mengeluhkan letih, lemah dan lesu
* Klien mengatakan susah untuk beraktifitas

DO :* Klien tampak letih dan lemah
* Klien tampak istirahat ditempat tidur
 | **Energy conservation****Self Care : ADLs****Kriteria Hasil :**1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
2. Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri
 | **Energy Management**1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
3. Monitor nutrisi  dan sumber energi tangadekuat
4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
 |

**3.4 CATATAN PERKEMBANGAN**

Tabel 3.6 Catatan Perkembangan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **HARI/ TANGGAL** | **DIAGNOSA** | **Jam** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** |
|  | Selasa, 20 Juni 2017 | Neyri akut  | **08.00****WIB**08.1508.2008.2508.3008.3508.4512.0010.0012.00 | 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus.
2. Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenaiketidaknyamanan
3. Menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri.
4. Memberikan informasi mengenai nyeri
5. Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologik (Teknik relaksasi)
6. Mengendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan
7. Berkolaborasi dengan Tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindkan penurun nyeri.
8. Mendukung istirahat dan tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
9. Memberitahu dokter jika tindakan tidak berhasil
 | **13.00 WIB****S :** * Klien mengatakan nyeri pada ulu hati
* Klien mengatakan nyeri pada tenggorokan
* Klien mengatakan nyeri terasa diiris

**O :** * Klien tampak meringis
* Klien tampak memegang perut
* Skala nyeri 4
* Klien telah diberikan obat :
1. Inj Omperazol 40 mg jam 08.00
2. Sukralfat syr 2 sdm Jam 08.00
* TTV

TD : 100/60 mmHgN : 80 x/iP : 23 x/iS : 370C**A :** Masalah Nyeri belum teratasi**P :** Implementasi 1,2,3,4,5,6,7,8 dan 9 dilanjutkan |
| 2 | Selasa, 20 Juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | 08.1508.2008.2508.30 | 1. Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Mengintruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
 | **S :** * Klien mengatakan tidak nafsu makan
* Klien mengatakan susah untuk menelan
* Klien mengatakan mutah setelah makan

**O :** * Klien tampak tidak menghabiskan porsi makanan
* Klien tampak mual dan muntah
* Klien menyatakan tidak nyaman dengan mulutnya yang kotor

**A :** Masalah Ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi**P :** Implementasi 1,2,3 dan 4 dilanjutkan |
| 3 | Selasa, 20 Juni 2017 | Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit  | 08.1508.2008.3009.00 | 1. Meningkatkan intake asupan per oral
2. Memantau adanya tanda dan gejala retensi cairan
3. Memonitor tanda-tanda vital
4. Mencatat intake dan output yang akurat
 | **S :*** Klien mengatakan sulit untuk minum karena tenggoran sakit
* Klien mengatakan dalam sehari hanya minum air putih ±4-5 gelas

**O :*** Klien tampak sulit untuk menelan
* Mukosa bibir klien kering
* Kulit dicubit kembali >2 detik
* Intake : ±800 cc/hari
* Output : ± 500 cc/hari
* TTV :

TD : 100/60 mmHgN : 80 x/iP : 23 x/iS : 370C**A :**Masalah Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit belum teratasi**P :**Implementasi 1,2,3 dan 4 dilanjutkan |
| 4 | Selasa, 20 Juni 2017 | Ansietas  | 08.3508.4008.4509.0009.1009.1509.2009.30 | 1. Menenangkan pasien1. Mengkaji tingkat kecemasan
2. Menjelaskan seluruh prosedur tindakan kepada pasien dan perasaan yang mungkin
3. Memberikan dorongan dan berikan waktu untuk mengungkapkan pikiran dan dengarkan semua keluhan pasien
4. Menjelaskan semua prosedur dan pengobatannya
5. Memberikan dorongan dan spiritual
6. Memotivasi klien untuk tidak cemas
7. Mengajarkan pasien teknik relaksasi
 | **S :** * Klien mengatakan cemas dengan penyakit yang dideritanya

**O :** * Klien tampak cemas
* Klien tampak gelisah
* Klien selalu bertanya-tanya tentang penyakitnya

**A :** Masalah cemas belum teratasi **P :** Implementasi 1,2,3,4,5,6,7 dan 8 dilanjutkan |
| 5 | Selasa, 20 Juni 2017 | Intoleransi aktivitas | 08.1508.2008.2508.3008.35 | 1. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Mengkaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
3. Memonitor nutrisi  dan sumber energi tangadekuat
4. Memonitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
 | **S :*** Klien mengeluhkan letih, lemah dan lesu
* Klien mengatakan susah untuk beraktifitas
* Klien mengatakan hanya tidur ±3 jam dalam semalam karena sering terbangun

**O :** * Klien tampak letih dan lemah
* Klien tampak istirahat ditempat tidur

**A :**Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi**P :**Implementasi 1,2,3,4 dan 5 dilanjutkan |
| 1 | Rabu, 21 Juni 2017 | Nyeri akut | **08.00 WIB**08.1508.2008.2508.3008.3508.4012.0009.0012.00 | 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus.
2. Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenaiketidaknyamanan
3. Menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri.
4. Memberikan informasi mengenai nyeri
5. Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologik (Teknik relaksasi)
6. Mengendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan
7. Berkolaborasi dengan Tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindkan penurun nyeri.
8. Mendukung istirahat dan tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
9. Memberitahu dokter jika tindakan tidak berhasil
 | **13.00 WIB****S :** * Klien mengatakan masih adanya rasa nyeri
* Klien mengatakan tenggorokan masih sakit ketika menelan

**O :** * Klien tampak meringis
* Klien tampak memegang perut
* Klien telah diberikan obat :
1. Inj Omperazol 40 mg jam 08.00
2. Sukralfat syr 2 sdm Jam 08.00
* Skala nyeri 3

TD : 100/60 mmHgN : 78 x/iP : 22 x/iS : 37,5 0C**A :** Masalah Nyeri belum teratasi**P :** Implementasi 1,2,3,5,8 dan 9 dilanjutkan |
| 2 | Rabu, 21 Juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | 08.1508.2508.3008.35 | 1. Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Mengintruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
 | **S :** * Klien mengatakan nafsu makan sudah mulai meningkat

**O :** * Klien tampak menghabiskan ½ porsi makanan

**A :** Masalah Ketidak seimbangan nutrisi belum teratasi**P :** Implementasi 1,2,3 dan 4 dilanjutkan |
| 3 | Rabu, 21 Juni 2017 | Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit  | 08.1508.2008.30 08.35 | 1. Meningkatkan intake asupan per oral
2. Memantau adanya tanda dan gejala retensi cairan
3. Memonitor tanda-tanda vital
4. Mencatat intake dan output yang akurat
 | **S :*** Klien mengatakan masih susah untuk minum
* Klien mengatakan minum 5-6 gelas perhari

**O :*** Kulit klien tampak pucat dan kering
* Apabila kulit dicubit kembali >2 detik
* Mukosa mulut kering
* Inteke ±1000 cc/hari
* Output ±600 cc/hari
* TTV

TD : 100/60 mmHgN : 78 x/iP : 22 x/iS : 37,5 0C**A :**Masalah perubahan keseimbangan cairan belum teratasi**P :**Implementasi 1,2,3 dan 4 dilanjutkan |
| 4 | Rabu, 21 Juni 2017 | Ansietas | 08.3508.4008.45 | 1. Tenangkan pasien
2. Kaji tingkat kecemasan
3. Jelaskan seluruh prosedur tindakan kepada pasien dan perasaan yang mungkin
4. Berikan dorongan dan berikan waktu untuk mengungkapkan pikiran dan dengarkan semua keluhan pasien
5. Jelaskan semua prosedur dan pengobatannya
6. Berikan dorongan dan spiritual
7. Motivasi klien untuk tidak cemas
8. Ajarkan pasien teknik relaksasi
 | **S :** * Klien mengatakan biarlah Allah yang memberikan kesembuhan dengan penyakitnya
* Klien mengatakan klien hanya bisa berdoa kepada allah untuk kesembuhannya

 **O :** * Klien tampak sedikit tenang
* Klien tampak sudah bisa menerima terhadap kondisinya saat ini

**A :** Masalah sebahagian teratasi**P :** Implementsi dihentikan |
| 5 | Rabu, 21 Juni 2017 | Intoleransi aktivitas | 08.1508.2008.2508.4008.35 | 1. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Mengkaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
3. Memonitor nutrisi  dan sumber energi tangadekuat
4. Memonitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
 | **S :*** Klien mengatakan klien sudah bisa sedikit berjalan tetapi masih lemas
* Klien mengatakan aktifitas klien masih dibantu oleh keluarga
* Klien mengatakan tidur malam ±4 jam dan klien mudah terbangun dalam tidur

**O :*** Klien sudah mulai sedikit berjalan disekitar tempat tidur
* Klien tampak masih lemas dan lesu

**A :** Masalah Intoleransi aktifitas sebagia teratasi**P :**Implementasi dihentikan |
| 1 | Kamis, 22 Juni 2017 | Nyeri akut  | 08.1508.2008.2508.3012.0012.00 | 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus.
2. Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenaiketidaknyamanan
3. Menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri.

5.Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologik (Teknik relaksasi)8.Berkolaborasi dengan Tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindkan penurun nyeri.9.Mendukung istirahat dan tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri | **S :** * Klien mengatakan nyeri telah berkurang
* Klien mengatakan ketika makan dan minum nyeri sudah berkurang

**O :** * Klien tampak sudah tenang
* Klien telah diberikan obat :
1. Inj Omperazol 40 mg jam 08.00
2. Sukralfat syr 2 sdm Jam 08.00
* Skala nyeri 2
* TTV

TD : 100/70 mmHgN : 78 x/iP : 20 x/iS : 36,50C**A :** Masalah Nyeri sebagian teratasi**P :** Implementasi dihentikan |
| 2. | Kamis, 22 Juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | 08.2008.2508.3008.3508.40 | 1. Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Mengintruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
 | **S :** * Klien mengatakan sudah meningkat
* Klien mengatakan sudah mengahabiskan porsi makanan yang diberikan.

**O :** * Klien tampak menghabiskan porsi makanan
* Turgor kulit baik, kembali <2 detik

 **A :**  Masalah Ketidak seimbangan nutrisi telah teratasi**P :** Implementasi dihentikan |
| 3 | Kamis, 22 Juni 2017 | Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit  | 08.1508.2008.3008.3508.40 | 1. Meningkatkan intake asupan per oral
2. Timbang berat badan harian dan pantau gejala
3. Memantau adanya tanda dan gejala retensi cairan
4. Memonitor tanda-tanda vital
5. Mencatat intake dan output yang akurat
 | **S :*** Klien mengatakan sudah bisa minum lebih banyak
* Klien mengatakan minum ±10-12 gelas perhari

**O :*** Kulit klien tampak sudah sedikit berminyak
* Turgor kulit baik, kembali <2 detik
* Mukosa mulut suah mulai basah
* Inteke ±1400 cc/hari
* Output ± (Urine 1000 cc +BAB 200 cc) = 1000 cc/hari
* TTV

TD : 100/70 mmHgN : 78 x/iP : 20 x/iS : 36,50CS : 37,5 0C**A :**Masalah perubahan keseimbangan cairan teratasi**P :**Implementasi dihentikan |

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada asuhan keperawatan pada Tn.B dengan dyspepsia di ruang rawat Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017 didapatkan pembahasan sebagai berikut:

* 1. **Pengkajian**

Berdasarkan tinjauan teoritis tentang pengkajian pada pasien Dyspepsia sesuai dengan tinjauan kasus pada pengkajian Tn.B umur 67 tahun dengan Dyspepsia, klien mengeluh keluhan nyeri di perut, rasa perih di ulu hati yang telah dirasakan sejak 1 bulan yang lalu, sakit pada tenggorokan, perut kembung serta rasa panas di dada dan di perut, mual dan muntah, nafsu makan tidak ada. Hasil pemeriksaan didapatkan klien lemah dan lesu, Tanda-tanda Vital TD : 100/ 60 mmHg, Suhu : 370C, Nadi : 80 x/menit dan pernafasan : 23x/menit, BB : 58 kg, TB : 168 cm. Hasil pemeriksaan Laboratorium HGB: 9,2 (g/dl), RBC : 3.37 (10^3/uL), HCT : 26.2 (%), WBC : 16.64 (10^3/uL), PLT : 176 (10^3/uL).

Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan Dispepsia merupakan isitilah yang digunakan untuk suatu sindrom (kumpulan gejala atau keluhan) yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati (daerah lambung), kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, dan perut terasa penuh.

Tanda dan gejala Dyspepsia Nyeri perut (abdominal discomfort), Rasa perih di ulu hati, Nafsu makan berkurang , Rasa lekas kenyang , Perut kembung , Rasa panas didada dan perut (Djojoningrat, 2014).

Hasil pengkajian pada Tn.B didapatkan klien mengeluh keluhan nyeri di perut, rasa perih di ulu hati yang telah dirasakan sejak 1 bulan yang lalu, sakit pada tenggorokan, perut kembung serta rasa panas di dada dan di perut, mual dan muntah, nafsu makan tidak ada, klien cemas dengan kondisinya saat ini, Tanda-tanda Vital TD : 100/ 60 mmHg, Suhu : 370C, Nadi : 80 x/menit dan pernafasan : 23x/menit, BB : 58 kg, TB : 168 cm.

Menurut asumsi penulis tidak ada perbedaan yang spesifik antara kasus dengan teori. Sehingga dapat disimpulkan diagnosa keperawatan yang ada di teori juga ditemukan pada kasus Dyspepsia pada Tn.B.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Dari hasil pengkajian didapatkan 5 masalah keperawatan, yaitu :

1. Nyeri akut
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit
4. Ansietas
5. Intoleransi aktivitas

Sedangkan pada tinjauan teoritis ada 4 masalah keperawatan, yaitu :

1. Nyeri akut
2. Ketidak seimbangan nutrisi dari kebutuhan tubuh
3. Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit
4. Ansietas

Namun ada satu masalah keperawatan yang ada muncul didalam tinjauan kasus pada Tn.B, tetapi tidak ada didalam tinjauan teoritis, yaitu : Intoleransi aktivitas, dikarenakan adanya data-data yang mendukung untuk menegakkan masalah tersebut.

* 1. **Intervensi Keperawatan**

Dalam penyusunan rencana keperawatan penulis menggunakan rencana keperawatan berdasarkan standar NIC-NOC NANDA. Dalam kasus rencana keperawatan yang muncul diantaranya adalah:

Untuk diagnosa Nyeri akut yang berdasarkan kepada tinjauan teoritis ada 10 rencana keperawatan, yaitu :

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus.
2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenaiketidaknyamanan
3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri.
4. Berikan informasi mengenai nyeri
5. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologik (Teknik relaksasi)
6. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat.
7. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan
8. Kolaborasi dengan Tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindkan penurun nyeri.
9. Dukung istirahat dan tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
10. Beritahu dokter jika tindakan tidak berhasil.

Sedangakan menurut tinjauan kasus di lakukaan 9 rencana tindakan yang dilaksanakan, yaitu :

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus.
2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenaiketidaknyamanan
3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri.
4. Berikan informasi mengenai nyeri
5. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologik (Teknik relaksasi)
6. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan
7. Kolaborasi dengan Tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindkan penurun nyeri.
8. Dukung istirahat dan tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
9. Beritahu dokter jika tindakan tidak berhasil

Namun ada satu rencana keperawatan yang ada didalam tinjauan teoritis yang tidak dilaksanakan didalam tinjauan kasus, yaitu : Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat. Dikarenakan oleh memonitor nyeri diperankan seutuhnya kepada perawat.

Untuk diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berdasarkan kepada tinjauan teoritis ada 8 rencana keperawatan, yaitu :

1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Pastikan makan disajikan dengan cara yang menarik
5. Intruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
6. Pastikan diet mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi
7. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan
8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk diet klien

Sedangakan menurut tinjauan kasus ada 4 rencana tindakan yang dilaksanakan, yaitu :

1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Intruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi

Namun ada 4 rencana tindakan keperawatan yang ada didalam tinjauan teoritis yang tidak dilaksanakan didalam didalam rencana keperawatan tinjauan, yaitu : Pastikan makan disajikan dengan cara yang menarik, pastikan diet mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi, monitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk diet klien. Dikarenakan oleh adanya keterbatasan peran mahasiswa di ruangan selama memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

Untuk diagnosa Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit yang berdasarkan tinjauan teoritis ada 6 rencana keperawatan, yaitu :

1. Pantau kadar serum elektrolit yang abnormal
2. Tingkatkan intake asupan per oral
3. Timbang berat badan harian dan pantau gejala
4. Pantau adanya tanda dan gejala retensi cairan
5. Monitor tanda-tanda vital
6. Catat intake dan output yang akurat

Sedangkan menurut tinjauan kasus dilakukan 4 rencana keperawatan, yaitu :

1. Tingkatkan intake asupan per oral
2. Pantau adanya tanda dan gejala retensi cairan
3. Monitor tanda-tanda vital
4. Catat intake dan output yang akurat

Namun ada 2 rencana tindakan keperawatan yang ada didalam tinjauan teoritis yang tidak dilaksanakan didalam didalam rencana keperawatan tinjauan, yaitu : Pantau kadar serum elektrolit yang abnormal, timbang berat badan harian dan pantau gejala. Dikarenakan oleh tidak lengkapnya sarana prasarana yanga da di ruang rawata inap dan karena tidak adanya tanda gejala dari pasien untuk melakukan 2 rencana keperawatan tersebut.

Untuk diagnosa Ansietas, yang berdasarkan kepada tinjauan teoritis ada 8 rencana keperawatan, yaitu :

1. Tenangkan pasien
2. Kaji tingkat kecemasan
3. Jelaskan seluruh prosedur tindakan kepada pasien dan perasaan yang mungkin
4. Berikan dorongan dan berikan waktu untuk mengungkapkan pikiran dan dengarkan semua keluhan pasien
5. Jelaskan semua prosedur dan pengobatannya
6. Berikan dorongan dan spiritual
7. Motivasi klien untuk tidak cemas
8. Ajarkan pasien teknik relaksasi

Sedangakan menurut tinjauan kasus juga dilakukan 8 rencana tindakan keperawatan.

Untuk diagnosa intoleransi aktifitas, yang berdasarkan kepada tinjauan kasus ada 7 rencana keperawatan, yaitu :

1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
3. Monitor nutrisi  dan sumber energi tangadekuat
4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
5. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
	1. **Implementasi**

Implementasi keperawatan yang dilakukan juga disesuaikan dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi Tn.B. Diagnosa Neyri akut, implementasi yang di lakukan yaitu : Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus, mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenaiketidaknyamanan, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri, memberikan informasi mengenai nyeri, mengajarkan penggunaan teknik non farmakologik (teknik relaksasi), mengendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan, berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindkan penurun nyeri, mendukung istirahat dan tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, memberitahu dokter jika tindakan tidak berhasil.

Untuk Diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, implementasi yang dilakukan yaitu : Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi, mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, mengintruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi.

Untuk diagnosa perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit, implementasi yang dilakukan yaitu : Meningkatkan intake asupan per oral, memantau adanya tanda dan gejala retensi cairan, memonitor tanda-tanda vital, mencatat intake dan output yang akurat.

Untuk Diagnosa Ansietas, implementasi yang dilakukan yaitu: Menenangkan pasien, Mengkaji tingkat kecemasan, Menjelaskan seluruh prosedur tindakan kepada pasien dan perasaan yang mungkin, memberikan dorongan dan berikan waktu untuk mengungkapkan pikiran dan dengarkan semua keluhan pasien, menjelaskan semua prosedur dan pengobatannya, memberikan dorongan dan spiritual, memotivasi klien untuk tidak cemas, mengajarkan pasien teknik relaksasi.

Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas, implementasi yang dilakukan yaitu : Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, mengkaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan, memonitor nutrisi  dan sumber energi tangadekuat, memonitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan, memonitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien.

* 1. **Evaluasi**

Untuk diagnosa Nyeri akut, setelah dilakaukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, Klien mengatakan nyeri telah berkurang, Klien tampak sudah tenang Skala nyeri 2, TD:100/70 mmHg N :78 x/i, P :20 x/i, S :36,50C dan masalah sebagian tertasi.

Untuk diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam Klien mengatakan sudah meningkat, Klien mengatakan sudah mengahabiskan porsi makanan yang diberikan, Turgor kulit baik, kembali <2 detik, masalah sudah teratasi.

Untuk diagnosa Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam Klien mengatakan sudah bisa minum lebih banyak, Klien mengatakan minum ±10-12 gelas perhari, Kulit klien sudah sedikit berminyak, Turgor kulit baik, kembali <2 detik, Mukosa mulut suah mulai basah Inteke ±1400 cc/hari, Output ± (Urine 1000 cc +BAB 200 cc) = 1000 cc/hari, masalah teratasi.

Untuk diagnosa Ansietas, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, klien mengatakan tidak merasa cemas, Klien tampak tentang dan masalah teratasi.

Untuk diagnosa Intoleransi aktifitas, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam Klien mengatakan klien sudah bisa sedikit berjalan tetapi masih lemas, Klien mengatakan aktifitas klien masih dibantu oleh keluarga, Klien mengatakan tidur malam ±4 jam dan klien mudah terbangun dalam tidur dan masalah teratasi.

**BAB V**

**PENUTUP**

* 1. **Kesimpulan**

Dari hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Dyspepsia Di Ruang Rawat Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 dapat di simpulkan :

* + 1. **Pengkajian**
1. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan nyeri, nyeri pada derah perut dan tenggorokan, nyeri terasa di iris, nyeri menyebar ke ulu hati, skala nyeri 4, nyeri bertambah apabila makan dan minum, nafsu makan menurun, mual dan muntah, setelah muntah dada terasa panas sampai ke leher, muntah berisi air saja, badan lemas dan lesu, cemas dengan penyakitnya, mulut terasa luka, gigi depan goyang. Pada saat dilakukan observasi klien tampak meringis, klien melokalisir nyeri, skla nyeri 4, klien tampak cemas, sering bertanya-tanya tentang penyakitnya, klien tidak menghabiskan porsi makanan, letih, lemas dan lesu.

1. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan ada riwayat maagh sejak 3 tahun yang lalu dan tidak ada riwayat hipertensi, diabetes mellitus, keluhan paru-paru dan lain-lain.

1. Riwayat Kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam keluarga mereka tidak ada yang pernah menderita penyakit seperti penyakit yang diderita klien saat ini dan penyakit keturunan yang lain seperti DM, Hipertensi, Asma dll. Juga tidak ada yang menderita penyakit menular seperti TBC, hepatitis dll.

* + 1. **Diagnosa**

Diagnosa yang muncul pada Tn.B dengan dispepsia adalah :

1. Nyeri akut
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit
4. Ansietas
5. Intoleransi aktivitas
	* 1. **Intervensi**

Intervensi yang dilakukan yaitu : manajemen nyeri, manajemen nutrisi, manajemen elektrolit / cairan, anxiety reduction, energy management.

* + 1. **Implementasi**

Pada implementasi hampir semuanya dapat dilaksanakan sesuai dengan yang tercantum pada intervensi, baik berupa tindakan mandiri maupun kolaborasi.

* + 1. **Evaluasi**

Berdasarkan yang telah dilakukan maka didapatkan untuk ke 5 diagnosa keperawatan yang muncul diantaranya Nyeri akut sebagian teratasi, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi, Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit teratasi, Ansietas teratasi, intoleransi aktivitas tertasi.

* 1. **Saran**
1. Bagi keluarga klien

Disarankan keluarga mampu memberikan perawatan yang baik dirumah, mampu memberikan dukungan moril dan pemulihan kesehatan.

1. Bagi institute pendidikan

Diharapkan kepada institusi pendidikan agar menambah referensi tentang buku gangguan sistem gastrointestinal, khususnya Dispepsia.

1. Bagi pelayanan kesehatan

Disarankan bagi pihak rumah sakit memberikan penyuluhan dan informasi mengenai Dispepsia kepada keluarga dan klien, sehingga klien mempunyai pengetahuan tinggi tentang Dispepsia.

**DAFTAR PUSTAKA**

Abdullah, M., Gunawan, J, 2012. Dispepsia. *Continuing Medical Education*. 647- 651.

Abdullah, M. & Gunawan, J., 2012. *Dispepsia dalam Cermin Dunia Kedokteran*. Vol. 39 no. 9. Available online at : http://www.kalbemed.com/Portals/6/ 197\_CME-Dispepsia.pdf [diakses tanggal 13 Mei 2013].

Djojoningrat, D,. 2009. *Dispepsia Fungsional*. In : Sudoyo, AW., Setiyohadi, B,.Alwi, I., Simadibrata, M., Setiati, S., ed. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid I.Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 529-531.

Djojoningrat, 2014. *Pendekatan klinis penyakit gastrointestinal*. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. InternaPublishing. Jakarta.

Ganong WF. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi ke-22. Jakarta: EGC.

Hadi, H. 2005. *Beban Ganda Masalah dan Implikasinya Terhadap Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nasional*. www.gizi.net. Diakses tanggal 2 September 2015.

Herman, B. R. (2004). *Fisiologi Pencernaan Untuk Kedokteran*. Padang : Andalas University Press.

Iping, S, 2004. *Metode makan kualitatif cara mutakhir untuk langsing dan sehat*.Jakarta. Puspa Swara.

Khotimah, 2012. *Faktor-faktor yang mempengaruhi sindrom dispepsia*.

Mansjoer, A (2000). *Kapita Selekta Kedokteran jilid I*. Jakarta: Media Aesculapius.

Potter, P.A, Perry, A.G.*Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik*.Edisi 4.Volume 1.Alih Bahasa : Yasmin Asih, dkk. Jakarta : EGC.2005

Rani AA, 2011. Jacobus A*. Buku Ajar Gastroenterologi*. Jakarta Pusat: Interna Publishing.

Sofro, M., Anurogo, D., 2013. *5 Menit Memahami 55 Problematika Kesehatan*. jogjakarta:D-MEDIKA.

Sudoyo, Aru W, dkk. 2007. Buku Ajar Ilmu penyakit Dalam. Edisi 4, Jilid 1. Jakarta : Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.

Sutanto. 2007.*Analisa Data Kesehatan*.Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Gito Vernando

NIM : 14103084015410

Pembimbing : Ns.Ida Suryati, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.B Dengan Dispepsia Di Ruang Rawat Inap Interne Pria Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/Tgl** | **Materi Bimbingan** | **Paraf** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



1. **Identitas Penulis**

**Nama : Gito Vernando**

**Tempat/Tnggal lahir : Padang, 07 juli 1993**

**Alamat : Jl.jaruai/rambai RT:02 RW:05 Kel.Bungus Barat Kec.Bungus Teluk Kabung**

1. **Nama Orang Tua**

**Ayah : Abdul Samad**

**Ibu : Marianis**

1. **Pendidikan**

**Tamat SD Negeri 09 kayuaro (Bungus Barat) : Tahun 2000-2006**

**Tamat MTsn Bungus Teluk Kabung : Tahun 2006-2009**

**Tamat SMA PGRI 6 Padang : Tahun 2009-2012**

**D III Keperawatan STIKes Perintis Padang : Tahun 2014-2017**