

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Pengkajian ini dilakukan pada hari Kamis, 16 Januari 2020 jam 07.15 WIB di Ruang Dahlia RSUD Ungaran dengan metode autoanamnesa dan alloanamnesa.

1. Pengkajian

a. Idenitas klien

Nama	: Ny. A
Tempat dan Tanggal Lahir	: Semarang, 12 Mei 1987
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Suku	: Jawa
Status Perkawinan	: Kawin
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
TB/BB	: 157cm /115 Kg
Golongan Darah	: A
Diagnosa Medis	: Gastritis
Alamat	: Jl. Kyai Sono Ungaran Baru

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. M
Umur	: 35 tahun
Pendidikan Terakhir	: STM
Hubungan dengan klien	: Suami
Alamat	: Jl. Kyai Sono Ungaran Baru

c. Riwayat Kesehatan

1) Kesehatan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati

2) Riwayat Kesehatan saat ini

Pada tanggal 9 januari 2020 pasien mengeluh pusing berobat ke klinik kemudian diberi obat 2 hari tidak ada perubahan kemudian pasien memutuskan untuk berobat ke klinik yang lain, pasien mengatakan mengalami penyakit asam lambung dan diopname 4 hari tidak ada perubahan kemudian pada tanggal 14 januari 2020 pukul 08.00 WIB pasien periksa ke IGD RSUD Ungaran di IGD pasien mendapatkan infus RL dan injeksi omeprazole, ondansentron, pasien diobservasi selama 6 jam dengan catatan tidak ada keluhan nyeri lagi sesuai dengan pesan dokter pasien diperbolehkan pulang. Pasien mengatakan nyeri semakin meningkat sore pukul 16:30 WIB pasien dibawa lagi ke RSUD Ungaran dan mendapatkan infuse RL 20 tpm (Tetes per menit) dan di diagnosa dengan penyakit gastritis, pasien rawat inap di ruang dahlia. Saat dikaji pada Kamis, 16 januari 2020 dengan keluhan nyeri ulu hati, kadang-kadang juga dibagian perut dengan skala 6, pasien hanya makan 1 sampai 2 sendok makan, minum air putih 1 liter per hari. Selama dirawat pasien mendapatkan infus futrolit, Inj omeprazole, Inj ondansentron, sukralfat, L bio, fluoksetin, amitriptilin.

3) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan belum pernah mengalami sakit yang sama sebelumnya, pasien pernah dirawat di rumah sakit pada bulan Agustus 2019 untuk operasi payudara sebelah kanan karena ada penyumbatan

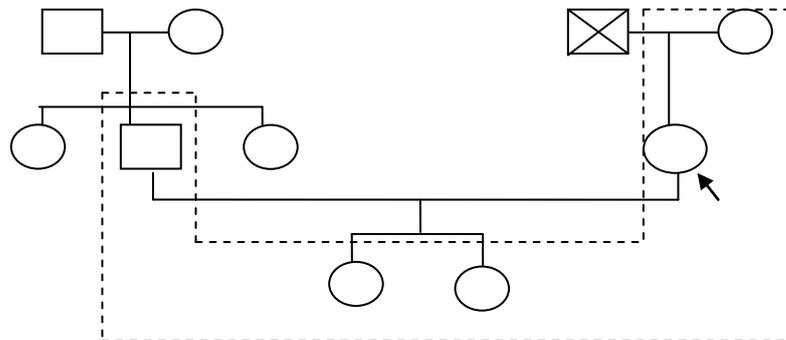
asi (lumpektomi), pasien tidak mempunyai alergi makanan, obat-obatan, dan pasien tidak merokok.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Kebiasaan hidup pasien tidak sehat, pasien mengatakan tidak pernah olahraga pasien mengatakan dikeluarganya tidak mempunyai penyakit menular, dan tidak mempunyai penyakit keturunan seperti diabetes militus, hipertensi, asma, dll.

Genogram :

Bagan 3.1 Genogram Ny. A Dengan Gastritis



Keterangan :

-  : laki-laki
-  : perempuan
-  : laki-laki meninggal
-  : pasien
-  : tinggal serumah

d. Riwayat lingkungan tempat tinggal

- 1) Tipe tempat tinggal : perumahan/ rumah milik sendiri
- 2) Jumlah kamar : 3 kamar
- 3) Jumlah penghuni : 5 orang
- 4) Kondisi tempat tinggal : bersih

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

- a) Penampilan : rapi
- b) Kesadaran : composmentis GCS : E4M6V5 : 15
- c) Vital sign

TD : 100/70 mmHg N : 84 X /menit

S : 36,2°C RR : 20 x /menit

BB : 115 kg TB : 157 Cm

2) Kepala

Bentuk kepala : simetris, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kotoran pada kulit kepala, pertumbuhan rambut merata, warna rambut hitam

3) Integumen

Warna kulit sawo matang, turgor kulit cepat kembali, tidak ada lesi, tidak ada edema, tidak ada eritema pada kulit

4) Mata/ penglihatahan

Mata simetris, pergerakan bola mata normal reflek pupil terhadap cahaya normal, kornea bening, konjungtiva anemis, sclera tidak iterik, ketajaman penglihatahan normal.

5) Hidung/ penciuman

Bentuk hidung simetris, fungsi penciuman normal, tidak ada peradangan, tidak ada polip, hidung bersih.

6) Pendengaran/ telinga

Bentuk daun telinga simetris, tidak terdapat peradangan pada telinga, fungsi pendegaran baik, ada serumen, tidak ada cairan pada telinga, tidak ada nyeri tekan.

7) Mulut

Bibir tidak tampak sianosis, kering, pucat, pecah-pecah, tidak tampak pendarahan pada gigi, gigi kotor, gusi tidak ada sariawan, kotor, fungsi pengecapan baik, mukosa mulut kering, tidak ada stomatitis.

8) Leher

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri telan, pergerakan leher normal, tidak ada gangguan bicara, tidak ada pembesaran JVP, tidak ada kelenjar tiroid.

9) Dada/ paru-paru

Inspeksi : pengembangan dada normal
Palpasi : taktil fremitus sama kanan kiri
Perkusi : sonor
Auskultasi : tidak terdapat suara tambahan

10) Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak tampak
Palpasi : ictus cordis teraba
Perkusi : Redup
Auskultasi : S1 dan S2 reguler

11) Abdomen

Inspeksi : abdomen membuncit, ada penumpukan lemak pada daerah abdomen, tidak terdapat lesi
Auskultasi : Peristaltik usus 19x/menit
Palpasi : nyeri saat ditekan, teraba hangat
Perkusi : tympani

12) Sistem reproduksi

Jenis kelamin perempuan tidak ada radang pada genitalia eksterna, genitalia bersih, tidak ada lesi, pasien sudah tidak menstruasi sejak memakai KB suntik sejak 2019 hingga sekarang.

13) Ekstermitas atas/bawah

- a) Superior: tidak ada kelainan dibagian superior, pembatasan gerak tangan kiri karena terpasang infus futrolit
- b) Interior: tidak ada kelainan, mampu bergerak dengan bantuan, tidak ada edema, tidak ada varises

14) Sistem Eliminasi

Pasien mengatakan minum \pm 1L/hari, pasien BAK 1-2x/hari, BAB 2 hari 1 kali, tidak mengalami muntah, tidak mengalami diare

15) Sistem Pencernaan

Ds:

Pasien mengatakan sebelum punya anak berat badannya 51 kg, pasien juga berkerja chef 10 th terakhir berat badannya meningkat menjadi 115 kg, suka makan pedas, saat ini pasien diet karbo hanya makan protein, sayur, dan buah-buahan. Pasien mengatakan saat di rumah makan 3 porsi/hari, saat sakit sehari hanya makan sedikit sekitar 8-16 sendok makan/hari

Do:

A:

BB: 115 kg TB: 157 cm

IMT: $\frac{115 \text{ kg}}{1,57^2}$: 46,6 (overweight)

B:

Hematokrit : 39-38 %

Lekosit : $9.66 \cdot 10^3/\mu\text{L}$

Trombosit : $348 \cdot 10^3/\mu\text{L}$

HB : 13.1 g/dl

C : Mukosa bibir kering, kotor, lemas

D : Diet lembek atau lunak frekuensi 3x/hari hanya 3-6 sendok makan/hari

f. Data tambahan/pengkajian fungsional

1) Pola aktifitas, istirahat, dan tidur

Data subjektif:

- a) Aktivitas yang bisa dilakukan: pasien mengatakan aktivitas sehari-hari merawat anak karena pasien tidak bekerja
- b) Pasien mengatakan selama dirawat di Rumah Sakit pasien bosan karena tidak melakukan aktivitas dan tentunya kangen dengan anaknya
- c) Keterbatasan dengan kondisi: pasien mengatakan sejak sakit dan dirawat di Rumah Sakit pasien tidak bisa bergerak luas karena harus istirahat, dan keterbatasan gerak karena merasakan nyeri pada ulu hati jadi saat ingin ke kamar mandi harus dengan bantuan
- d) Lama waktu tidur pasien mengatakan biasanya tidur malam 8 jam, tidak tidur siang, pasien mengatakan tadi malam tidak bisa tidur dan setelah dikasih obat bisa tidur nyenyak, jika sedang nyeri tidak bisa tidur, perasaan pasien segar setelah bangun tidur

Data objektif:

- a) Respon terhadap aktivitas yang teramati pasien terpasang infus futrolit tangan kiri
- b) Status mental pasien normal pasien terlihat mengantuk

2) Integritas Ego

Data Subyektif:

- a) Faktor-faktor stres : pasien mengatakan pikiran karena penyakitnya tidak sembuh-sembuh
- b) Cara mengatasi stres : pasien mengatakan untuk mengatasi stress pasien sering mengalihkan dengan cara dihibur dengan anak-anaknya
- c) Masalah-masalah financial: pasien mengatakan jika tidak ada masalah dalam finansialnya
- d) Status hubungan: pasien mengatakan hubungan dengan keluarga baik- baik saja
- e) Gaya hidup: gaya hidup sederhana, perubahan terakhir tidak ada
- f) Peran dalam keluarga: pasien mengatakan ia berperan sebagai seorang ibu dan pendidik untuk anak-anaknya
- g) Hubungan dengan adanya keluarga yang lain: pasien mengatakan hubungan dengan keluarga sangat baik
- h) Orang pendukung: pasien mengatakan semua ini yang mendukung adalah ibu, suami, dan anak-anaknya
- i) Komunikasi dengan orang lain: pasien mengatakan komunikasi dengan orang lain berjalan dengan baik dan lancar

Data Obyektif:

- a) Status emosional: pasien tampak cemas
- b) Bicara: pasien tampak bicara dengan jelas
- c) Kemampuan komunikasi non verbal

3) Activity Daily Living (ADL)

Data Subyektif:

Aktivitas sehari-hari: pasien mengatakan selama di Rumah Sakit aktivitas sehari-hari harus dibantu oleh keluarganya termasuk mandi, ganti baju, buang air kecil (BAK), buang air besar (BAB), karena masih merasa nyeri ulu hati dan kadang merasa pusing dan sesak nafas ketika dibuat untuk jalan.

Data Obyektif:

- a) Penampilan umum: Penampilan umum pasien tampak baik
- b) Cara berpakaian: pasien tampak rapi
- c) Bau badan: pasien tidak bau badan
- d) Kebersihan badan: kuku pasien bersih dan rapi
- e) Pasien terlihat memegang dada dan perutnya saat terasa sakit/nyeri

Pengkajian Barthel Indeks

Tabel 3.1 Pengkajian Barthel Indeks Ny. A dengan Gastritis

No	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1.	Makan (Feeding)	0: tidak mampu 1: butuh bantuan memotong, mengoles mentega dll 2: mandiri	1
2.	Mandi (Bathing)	0: tergantung orang lain 1: mandiri	0
3.	Perawatan Diri (Grooming)	0: membutuhkan bantuan orang lain	0

No	Item yang dinilai	Skor	Nilai
4.	Berpakaian (Dressing)	1: mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur 0: tergantung 1: sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2: mandiri	1
5.	Buang air kecil (Bowel)	0: inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1: kadang inkontinensia (maks, 1x24 jam) 2: kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	2
6.	Buang air besar (Bladder)	0: inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1: kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2: kontinensia (teratur)	2
7.	Penggunaan toilet	0: tergantung bantuan orang lain 1: membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2: mandiri	0
8.	Transfer	0: tidak mampu 1: butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2: bantuan kecil (1 orang) 3: mandiri	2
9.	Mobilitas	0: immobile (tidak mampu) 1: menggunakan kursi roda 2: berjalan dengan bantuan satu orang 3: mandiri	2
10.	Naik turun tangga	0: tidak mampu 1: membutuhkan bantuan (alat bantu) 2: mandiri	1
Jumlah			11

Keterangan:

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : ketergantungan Sedang

5-8 : ketergantungan Berat

0-4 : ketergantungan Total

Kesimpulannya yaitu Ny. A dalam melakukan aktivitas dengan ketergantungan sedang (11)

4) Ketidaknyamanan

Data Subyektif:

Perasaan nyeri: pasien mengatakan nyeri di ulu hati

Pasien mengatakan cara menghilangkan nyeri dengan kompres hangat, keberhasilan lumayan hilang, pasien mengatakan nyerinya sangat berat.

P: nyeri terasa secara tiba-tiba

Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk

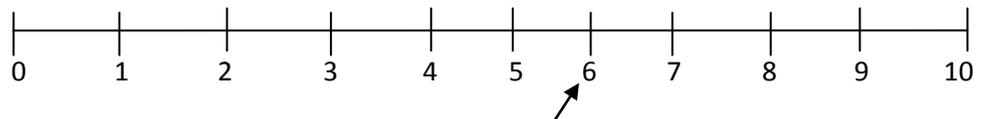
R: pasien mengatakan nyeri di ulu hati

S: skala nyeri 6 (nyeri sedang)

T: nyeri berkepanjangan

Faktor-faktor Pencetus

Bagan 3.2 Faktor-faktor Pencetus Skala Nyeri pada Ny. A dengan Gastritis



Keterangan:

0 : tidak nyeri

1-5 : nyeri sedang

6-10 : nyeri sangat berat

Data Obyektif:

a) Mengerutkan muka: sedih, lemas, menjaga area nyeri dikasih bantal saat duduk

b) Respon emosional: menangis, pasien terlihat menahan nyeri

5) Pembelajaran

Data Subyektif:

Pasien mengatakan bahasa dominanya bahasa Inggris karena untuk mengajari anaknya, tingkat pendidikan D3 Pariwisata, keyakinan kesehatan yang dilakukan pelayanan kesehatan, harapan terhadap tim kesehatan agar cepat sembuh. Pasien mengetahui apa penyakit yang dirasakan saat ini.

Data Obyektif:

Pasien mengerti apa yang di deritanya, pasien menanyakan tidak lanjut untuk kesehatannya.

6) Data Penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.2 Pemeriksaan laboratorium Ny. A dengan Gastritis

Pemeriksaan tanggal 15 Januari 2020

Nama Test	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Metode
Hematokrit				
Darah lengkap:				
Hemoglobin	13.1	g/dl	11.7 - 15.5	Flowcytometri
Lekosit	9.66	$10^3/uL$	3.6 - 11	Flowcytometri
Trombosit	348	$10^4/uL$	150 - 440	Flowcytometri
Hematokrit	39.38	%	35 - 47	Flowcytometri
Fritrosit	5.05	$10^4/uL$	3.8 - 5.2	Flowcytometri
Index eritrosit:				
MCV	L 78	fL	80 - 100	Flowcytometri
MCH	26.0	Pg	26 - 34	Flowcytometri
MCHC	33.4	g/dL	32 - 36	Flowcytometri
RDW-CV	HI7.7	%	11.5 - 14.5	Flowcytometri
Hitung jenis:				
Granulosit	H 78.1	%	43.6 - 73.4	Flowcytometri
Limfosit	L 16.7	%	25 - 40	Flowcytometri
Monosit	5,2	%	2 - 8	Flowcytometri

Tabel 3.3 Pemeriksaan laboratorium Ny. A dengan Gastritis

Pemeriksaan tanggal 15 Januari 2020

Nama Test	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Metode
URINE				
Urine Lengkap				
Makroskopis:				
Warna	Kuning		Kuning Muda	Visual
Kejernihan	Jernih		Jernih	Visual
Berat Jenis	1.010	g/mL	1.015-1.025	Carik Celup
PH/Reaksi	6.0		4.8-7.4	Carik Celup
Blood	Negatif	mg/dL	Negatif	Carik Celup
Lekosit	Negatif	/uL	Negatif	Carik Celup
Estabrase				
Nitrit	Negatif	mg/dL	Negatif	Carik Celup
Protein	Negatif	mg/dL	Negatif	Carik Celup
Bilirubin	Negatif	mg/dL	Negatif	Carik Celup
Keton	Negatif	mg/dL	Negatif	Carik Celup
Glukosa	Negatif	mg/dL	Negatif	Carik Celup
Urobilinogen	Negatif	mg/dL	Negatif	Carik Celup
Mikroskopis:				
Eritrosit	0-1	/LPB	0-3	Mikroskopis
Leukosit	0	/LPB	1-10	Mikroskopis
Sel Epitel	0-1	/LPK	1-15	Mikroskopis
Silinder	Negatif	/IPK	Negatif	Mikroskopis
Kristal	Negatif	/LPB	Negatif	Mikroskopis
Bakteri	Negatif		Negatif	
Lain-lain	Negatif			

b) Pemeriksaan EKG

Pemeriksaan pada tanggal 14 Januari 2020

"Borderline Abnormal"

812 : Sinus Tachycardia

143 : Slight QT Prolongation

121 : Counterclockwise Rotation

HR : 100 bpm		[MINNESOTA CODE]	
R-R : 599 ms	Axis : 54 deg	8-7-3	5-5-0 ; A
P-R : 134 ms	RV5 : 1.63mV	3-4-1	9-7-3
QRS : 111 ms	SV1 : 0.37 mV		
QT : 368 ms	Rt3 : 2.00 mV		
QTC : 475			

c) Pemeriksaan USG

Pemeriksaan pada tanggal 15 Januari 2020

Ts yth

- (1) Hepar: Ukuran membesar, parenkim homogeny, ekogenitas normal
- (2) Pancreas, Gallbladder, Lien: tak tampak kelainan
- (3) Ginjal kanan: ukuran normal, ekogenitas normal, tampak batu multiple uk terbesar \pm 1,23 cm
- (4) Ginjal kiri: ukuran normal, ekogenitas normal, tampak batu uk \pm 1.00 cm
- (5) Vesika urinaria: dinding tak menebal, tak tampak batu
- (6) Gaster: dinding menebal

Kesan:

- (1) Hepatomegali
- (2) Nefrolitiasis kanan dan kiri
- (3) Susp gastritis

d) Terapi Obat

Tabel 3.4 Terapi Obat Ny. A dengan Gastritis

Nama Obat	Dosis	Rute	Kegunaan
Inj Futrolit	500 ml	IV	Untuk membantu mengatasi kebutuhan karbohidrat, cairan, dan elektrolit
Omeprazole	40 mg	IV	Untuk mengurangi kadar asam lambung
Ondansentron	8 mg	IV	Untuk mencegah mual dan muntah
Sukralfat	1gr	Oral	Untuk mengatasi peradangan pada lambung
L. Bio	1 gr	Oral	Untuk menjaga keseimbangan bakteri baik di dalam saluran cerna
Amitripitilin	25 mg	Oral	Untuk mengatasi depresi
Fluoksetin	10 mg	Oral	Untuk mengatasi depresi, bulimia nervosa, gangguan pola makan

No	Hari/Tgl/ Jam	Data	Kemungkinan Penyebab	Masalah Keperawatan	Ttd
2.	Kamis, 16 Januari 2020 07.00 WIB	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sebelum punya anak BB 51 kg, klien juga berkerja Chef 10 th terakhir BB meningkat menjadi 115 kg, suka makan pedas, saat ini pasien diet karbo hanya makan protein, sayur, dan buah-buahan. Pasien mengatakan saat sakit sehari hanya makan sedikit 8-12 sendok/ hari, minum air putih ± 1 L/hari <p>Do:</p> <p>A:</p> <p>BB: 115 kg TB : 157 Cm</p> $IMT = \frac{115 \text{ Kg}}{1,57 \times 1,57} = 46,6$ <p>(Overweight)</p> <p>B:</p> <p>Hematokrit: 39-38 %</p> <p>Lekosit: $9.66 \times 10^3/uL$</p> <p>Trombosit : $34810^4/uL$</p> <p>HB: 13.1 g/dl</p> <p>C: Mukosa bibir kering, kotor, pucat</p> <p>D: Diet lembek atau lunak frekuensi 3x/hari hanya 3-6 sendok makan/hari</p>	<p>Pola makan yang tidak terkontrol</p> <p>↓</p> <p>Konsumsi makanan berlebih</p> <p>↓</p> <p>Terjadi penumpukan lemak</p> <p>↓</p> <p>Berat badan berlebih</p>	<p>Berat Badan Berlebih (NANDA 00233)</p>	Anis
3.	Kamis, 16 Januari 2020 07.00 WIB	<p>Ds:</p> <p>Pasien mengatakan selama di rumah sakit aktivitas sehari-hari harus dibantu oleh keluarganya termasuk mandi, ganti baju, BAK, BAB, karena masih nyeri ulu hati dan kadang merasa pusing , sesak nafas ketika dibuat untuk jalan.</p>	<p>Peningkatan asam lambung</p> <p>↓</p> <p>Erosi pada lambung</p> <p>↓</p> <p>Rangsangan di nerves IX Vagus</p> <p>↓</p> <p>Mual,muntah,</p>	<p>Intoleran aktivitas (NANDA 00092)</p>	Anis

No	Hari/Tgl/ Jam	Data	Kemungkinan Penyebab	Masalah Keperawatan	Ttd
		Do: 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak ADL nya di bantu keluarga 3. Aktivitas pasien tampak cukup terganggu 4. TD: 100/70 mmHg 5. N: 84x/menit 6. RR : 20x/menit 7. S: 36,2 °C 8. Barthel Indeks 11 (Ketergantungan Sedang)	kembung rasa penuh atau begah ↓ Penurunan asupan makanan ↓ Penurunan energi tubuh ↓ Intoleran aktivitas		

3. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Masalah Keperawatan

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agens cedera biologis
- b. Berat Badan Berlebih berhubungan dengan frekuensi makanan
- c. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

4. Rencana Keperawatan

Nama Pasien : Ny. A

No. RM : 583893

Ruang : Dahlia

Dx. Medis : Gastritis

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan Ny. A dengan Gastritis

No Dk	Hr/Tgl/Jam	Tujuan	Rencana Keperawatan	Ttd															
I	Kamis, 16 Jan 2020 07.00 WIB	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah nyeri akut bisa diatasi dengan kriteria hasil: NOC Tingkat Nyeri (2102)	NIC Manajemen Nyeri (1400) 1. Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan 3. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri seperti relaksasi/ distraksi 4. Ajarkan dan libatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri jika memungkinkan 5. Koaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi	Anis															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Awal</th> <th>Tujuan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Melaporkan adanya nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Ekspresi nyeri wajah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Skala nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Kategori	Awal	Tujuan	Melaporkan adanya nyeri	2	4	Frekuensi nyeri	2	4	Ekspresi nyeri wajah	2	4	Skala nyeri	2	4		
Kategori	Awal	Tujuan																	
Melaporkan adanya nyeri	2	4																	
Frekuensi nyeri	2	4																	
Ekspresi nyeri wajah	2	4																	
Skala nyeri	2	4																	
		Keterangan: 1: Berat 2: Cukup berat 3: Sedang 4: Ringan 5: Tidak ada																	

No	Hr/Tgl/Jam	Tindakan	Respon Dan Hasil	Ttd
5.	Kamis, 16 Jan 2020 13.00 WIB	Mengajarkan prinsip manajemen nyeri	Ds: Pasien mengatakan jika nyeri melakukan kompres hangat Do: 1. Pasien tampak tenang 2. Pasien terlihat meringis kesakitan	Anis
6.	Kamis, 16 Jan 2020 16.00 WIB	Membantu pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi aktivitas	Ds: 1. Pasien mengatakan jika aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarganya 2. Pasien mengatakan jika mandi, BAK, BAB, ganti pakaian dengan bantuan keluarganya Do: Pasien terlihat lemah, lemas	Anis
7.	Kamis, 16 Jan 2020 17.00 WIB	Mengobservasi keluhan tambahan	Ds: Pasien mengatakan masih nyeri di bagian ulu hati tetapi tidak seperti tadi pagi, skala 3 Do: 1. Pasien terlihat meringis kesakitan 2. Pasien kooperatif	Anis
8.	Kamis, 16 Jan 2020 17.20 WIB	Mengajarkan prinsip manajemen nyeri (relaksasi nafas dalam)	Ds: 1. Pasien mengtakan bersedia di ajari relaksasi nafas dalam 2. Pasein mengatakan setelah melakukan relaksasi nafas dalam nyerinya lumayan menghilang Do: 1. Pasien terlihat nyaman setelah melakukan relaksasi nafas dalam 2. Pasien kooperatif	Anis
9.	Kamis, 16 Jan 2020 17.30 WIB	Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat : 1. Inj Omeperazole 40 mg 2. Inj Ondansentron 8 mg 3. L Bio 1 gr 4. Amitriptilin 25 mg	Ds: Pasien mengatakan mau di injeksi dan minum obat Do: 1. Pasien mau diberikan injeksi 2. Pasien kooperatif	Anis

No	Hr/Tgl/Jam	Tindakan	Respon Dan Hasil	Ttd
10.	Kamis, 16 Jan 2020 18.30 WIB	Menganjurkan minum air putih yang cukup \pm 2L / hari	Ds: Pasien mengatakan mau minum air putih Do: 1. Pasien terlihat lemas 2. Mukosa bibir kering	Anis
11.	Jumat, 17 Jan 2020 05.00 WIB	Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat : 1. Inj Omeperazole 40 mg 2. Inj Ondansentron 8 mg 3. L Bio 1 gr 4. Amitriptilin 25 mg	Ds: Pasien mengatakan mau di injeksi dan minum obat Do: 1. Pasien mau diberikan injeksi 2. Pasien kooperatif	Anis
12.	Jumat, 17 Jan 2020 07.00 WIB	Mengobservasi keluhan tambahan	Ds: Pasien mengatakan kadang merasa nyeri di bagian ulu hati skala 2 nyeri saat tidur terlentang Do: Pasien terlihat berbaring dan memegang daerah perut dan dada	Anis
13.	Jumat, 17 Jan 2020 07.45 WIB	Mengobservasi tanda-tanda vital	Ds: Pasien mengatakan mau diperiksa Do: 1. TD : 110/80 mmHg 2. RR: 20 x/menit 3. N : 86 x/menit 4. S : 36, 5 °C	Anis
14.	Jumat, 17 Jan 2020 09.00 WIB	Mengajarkan prinsip manajemen nyeri (distraksi, menonton youtube, menonton tv)	Ds: 1. Pasien mengatakan ingin di ajari distraksi 2. Pasien mengatakan saat nyeri sering dialihkan dengan menonton youtube dan menonton tv nyerinya sedikit hilang Do: 1. Pasien terlihat nyaman saat melihat youtube 2. Pasien kooperatif	Anis
15.	Jumat, 17 Jan 2020 12.30 WIB	Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang asam, pedas, berlemak, dan	Ds: pasien mengatakan mau menerapkannya di rumah	Anis

No	Hr/Tgl/Jam	Tindakan	Respon Dan Hasil	Ttd
		minimal setiap hari olahraga	Do: 1. pasien tampak rileks 2. kooperatif	
16.	Jumat, 17 Jan 2020 13.00 WIB	Pasien pulang		Anis

6. Catatan Perkembangan

Nama Pasien : Ny. A No. RM : 583893
 Ruang : Dahlia Dx. Medis : Gastritis

Tabel 3.8 Catatan Perkembangan Ny. A dengan Gastritis

No	Hr/Tgl/Jam	Evaluasi	Ttd																				
1.	Kamis, 16 Jan 2020 19.00 WIB	<p>S: Pasien mengatakan masih nyeri pada ulu hati P: nyeri terasa secara tiba-tiba Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: nyeri dibagian ulu hati S: skala nyeri 5 (nyeri sedang) T: nyeri hilang timbul</p> <p>O: 1. Pasien tampak menahan nyeri 2. Pasien tampak memegang dadanya</p> <p>A: masalah keperawatan belum teratasi dengan KH</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Awal</th> <th>Tujuan</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Melaporkan adanya nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Ekspresi nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Skala nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan: 1: Berat 2: Cukup berat 3: Sedang 4: Ringan 5: Tidak ada</p> <p>P: lanjutkan Intervensi 1. Lakukan pengkajian nyeri 2. Beri posisi semi flower 3. evaluasi relaksasi nafas dalam 4. Kolaborasi pemberian terapi obat</p>	Kategori	Awal	Tujuan	Akhir	Melaporkan adanya nyeri	2	4	3	Frekuensi nyeri	2	4	3	Ekspresi nyeri	2	4	3	Skala nyeri	2	4	3	Anis
Kategori	Awal	Tujuan	Akhir																				
Melaporkan adanya nyeri	2	4	3																				
Frekuensi nyeri	2	4	3																				
Ekspresi nyeri	2	4	3																				
Skala nyeri	2	4	3																				
2.	Jumat, 17 Jan 2020 12.30 WIB	<p>S: pasien mengatakan masih terasa nyeri tetapi agak mendingan P: saat tidur terlentang Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R: skala 3 (nyeri ringan) T: nyeri hilang timbul</p> <p>O: 1. Pasien tampak melakukan teknik relaksasi dan distraksi 2. Pasien tampak menahan nyeri</p> <p>A: masalah keperawatan teratasi sebagian dengan KH</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Awal</th> <th>Tujuan</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Melaporkan adanya nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Ekspresi nyeri wajah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Skala nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Kategori	Awal	Tujuan	Akhir	Melaporkan adanya nyeri	2	4	3	Frekuensi nyeri	2	4	4	Ekspresi nyeri wajah	2	4	4	Skala nyeri	2	4	4	Anis
Kategori	Awal	Tujuan	Akhir																				
Melaporkan adanya nyeri	2	4	3																				
Frekuensi nyeri	2	4	4																				
Ekspresi nyeri wajah	2	4	4																				
Skala nyeri	2	4	4																				

No	Hr/Tgl/Jam	Evaluasi	Ttd
		Keterangan: 1: Berat 2: Cukup berat 3: Sedang 4: Ringan 5: Tidak ada P: lanjutkan Intervensi 1. Menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri	

B. Pembahasan

Berdasarkan tinjauan kasus yang dilakukan, pada bab ini penulis akan membahas tentang “Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Ny. A dengan Gastritis di Ruang Dahlia RSUD Ungaran” yang dilakukan pada tanggal 16 Januari 2020 – 17 Januari 2020. Yang bertujuan untuk mengetahui kesenjangan antara teori dan praktik dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastritis.

Pada kesempatan ini penulis memberikan Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Gastritis di Ruang Dahlia RSUD Ungaran dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan data yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan fungsional pada pasien serta untuk menentukan pola respons pasien, verifikasi, dan komunikasi data tentang klien (Potter dan Perry, 2010 dalam Noprianty, 2018). Pengkajian yang dilakukan oleh penulis dengan metode autoanamnesa atau pengkajian yang dilakukan dengan wawancara langsung kepada pasien, dan alloanamnesa atau pengkajian dengan melihat berdasarkan data dalam status pasien dan dari keluarga. Pengkajian dilakukan pada hari Kamis, 16 Januari 2020 pukul 07.30 WIB pada pasien Ny. A di Ruang Dahlia RSUD Ungaran.

Data yang diperoleh Pengkajian yang dilakukan pada Ny. A didapatkan data yaitu pasien mengatakan nyeri ulu hati. Pada pasien Gastritis, nyeri diakibatkan ketidakseimbangan antara faktor-faktor agresif (asam dan pepsin) dan faktor-faktor defensif (resistensi mukosa) pada mukosa lambung dan duodenum yang menyebabkan gastritis, duodenitis, ulkus lambung, dan ulkus duodenum. Asam lambung yang bersifat korosif dan pepsin yang bersifat proteolitik merupakan dua faktor terpenting dalam menimbulkan kerusakan pada mukosa lambung dan pada akhirnya mengakibatkan inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung (Wardanti, 2016).

Pada pengkajian nyeri penulis menggunakan metode PQRST dan untuk mengukur intensitas skala nyeri penulis menggunakan Numeric Rating Scale, dari angka 0 hingga 10 intensitas nyeri, 0 : tidak nyeri, 1-5 : nyeri sedang, 6-10 : nyeri sangat berat (Yudiyanta, 2015). Dari hasil pengkajian nyeri pada Ny. A didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada ulu hati, P : nyeri terasa secara tiba-tiba, Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri di ulu hati, S : skala nyeri 6 (nyeri sangat berat), T : nyeri berkepanjangan.

Dari data obyektif yaitu pasien terlihat menjaga area nyeri dengan dikasih bantal saat duduk, pasien terlihat menahan nyeri, pasien terlihat lemas. Dari penjelasan di atas pasien termasuk dalam intensitas nyeri sangat berat. Adapun hasil pemeriksaan usg Ny. A didapatkan hasil yaitu hepatomegali, nefrolitiasis kanan dan kiri, dan susp gastritis. Terjadi peningkatan asam lambung dan mengakibatkan iritasi mukosa lambung pada pasien.

Dari hasil pemeriksaan fisik pasien BB: 115 kg dan TB: 157 cm dengan hasil perhitungan IMT: $\frac{115}{1,57^2}$: 46, 6 (overweight). Sesuai pengkajian fungsional yang bermasalah yang dialami pasien yaitu nyeri akut karena pasien

mengonsumsi asupan makanan yang berjenis pedas, asam, dan berminyak, menjadi peningkatan asam lambung, erosi pada lambung, iritasi mukosa lambung, dan mengakibatkan nyeri pada ulu hati.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan terminologi yang digunakan oleh perawat profesional untuk menjelaskan masalah kesehatan, tingkat kesehatan, respons klien terhadap suatu penyakit, atau kondisi klien (aktual/potensial) sebagai akibat dari penyakit yang diderita klien (Debora, 2011)

Berdasarkan hasil pengkajian di atas didapatkan diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan cedera agens biologis. Nyeri merupakan mekanisme pertahanan tubuh untuk mencegah kerusakan lebih lanjut dengan memberikan dorongan untuk keluar dari situasi yang menyebabkan nyeri, dan juga bisa disebut suatu pengalaman personal dan subjektif, tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dalam pola identik (Black, 2014).

Pada masalah nyeri akut terjadi karena peningkatan asam lambung dan infeksi, dimana salah satu faktor yang menyebabkan nyeri akut adalah agen-agen penyebab cedera (biologis, kimia, fisik dan psikologis) salah satu contoh pada agen cedera biologis yaitu mukosa lambung mengalami inflamasi yang disebabkan adanya peningkatan asam lambung karena pasien makannya tidak teratur dan juga nafsu makannya berkurang atau bahkan asupan makannya tidak terkontrol.

Pada kasus Ny. A didapatkan masalah nyeri pada ulu hati. Pasien merasa terganggu untuk beraktivitas maupun bergerak, karena jika bergerak dan beraktivitas terasa nyeri pada ulu hati. Timbulnya rasa nyeri ulu hati dikarenakan terjadinya peradangan pada lambung. Munculnya diagnosa ini di dukung dengan

data subyektif pasien mengatakan nyeri pada ulu hati, skala nyeri 6, nyeri berkepanjangan, nyeri seperti di tusuk-tusuk, sesuai dengan kriteria mayor secara verbal.

Data obyektif pasien terlihat menjaga area nyeri dengan dikasih bantal saat duduk. Tanda-tanda vital meliputi TD: 100/70 mmHg N: 84 x/menit RR: 20x/menit S: 36,2 °C. Data Laboratorium meliputi hasil USG hepatomegali, nefrolitiasis kanan dan kiri, susp gastritis. Data tersebut sesuai dengan batasan karakteristik mayor secara non verbal diagnosa keperawatan nyeri sehingga dapat dirumuskan diagnosa keperawatan ini sesuai. Kriteria minornya ditandai dengan adanya penurunan nafsu makan dan juga proses berpikir menjadi terganggu karena memikirkan kesehatannya yang di alami pasien.

Faktor yang berhubungan merupakan komponen integral dari semua diagnosis keperawatan yang berfokus pada masalah. Faktor yang berhubungan dengan penyebab, keadaan, fakta, atau pengaruh yang memiliki beberapa jenis hubungan dengan diagnosis keperawatan. Berdasarkan karakteristik sesuai dengan teori yang diungkapkan yaitu mengekspresikan perilaku menahan nyeri seperti mengerutkan muka, dan terlihat melindungi area nyeri (Herdman, 2015).

Dari hasil pengelolaan diagnosis keperawatan yang ditegakkan prioritas masalah yang utama adalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Teori Herarki Maslow yang meliputi kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang, kebutuhan akan harga diri dan aktualisasi diri. Gangguan rasa nyeri termasuk dalam kebutuhan yang ke dua yaitu kebutuhan rasa aman dan perlindungan yang dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan fisiologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti

penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya, sedangkan perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Karena apabila seseorang telah terganggu rasa aman dan perlindungan tidak akan dapat mencapai tingkatan selanjutnya dalam kebutuhan dasar manusia (Kasiati, 2016).

3. Rencana Keperawatan

Untuk mengatasi masalah keperawatan yang telah ditegaskan maka penulis akan membahas mengenai rencana keperawatan yang digunakan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan agens cedera biologis. Dalam kasus Ny. A dengan tujuan dilakukan intervensi keperawatan yaitu untuk mengatasi masalah nyeri akut dengan kriteria hasil yaitu melaporkan adanya nyeri (nilai 2 menjadi 4), Frekuensi nyeri (nilai 2 menjadi 4), Ekspresi nyeri wajah (nilai 2 menjadi 4), skala nyeri (nilai 2 menjadi 4) (Moorhead, 2016). Berdasarkan hasil pengkajian penulis merumuskan intervensi keperawatan Manajemen Nyeri (1400) untuk mengatasi nyeri akut yang dialami oleh Ny. A (Bulechek, 2016).

Intervensi yang pertama yaitu memonitor rentang normal keadaan tanda-tanda vital pasien. Dalam melakukan asuhan keperawatan, pemeriksaan tanda-tanda vital sangat dibutuhkan, karena dengan pemeriksaan tersebut penulis dapat menentukan beberapa diagnosa yang dialami oleh pasien. Tanda-tanda vital merupakan cara yang cepat dan efisien dalam membantu kondisi pasien atau mengidentifikasi masalah dan mengevaluasi respons terhadap intervensi yang diberikan. Ada beberapa pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.

Intervensi yang kedua yaitu memposisikan pasien nyaman mungkin. Kenyamanan adalah salah satu outcome yang diharapkan dari suatu intervensi keperawatan. Salah satu intervensi yang dilakukan untuk meningkatkan kenyamanan adalah memposisikan pasien dalam kondisi nyaman, yaitu dengan posisi lateral adalah posisi miring dengan pasien memeluk bantal dengan tujuan untuk meningkatkan kenyamanan pasien dan memfasilitasi penyembuhan, selain itu juga dapat mengurangi nyeri di bagian ulu hati (Hapsah, 2015).

Intervensi yang ketiga yaitu ajarkan relaksasi nafas dalam, dengan teknik ini penanganan nyeri bertujuan untuk menurunkan nyeri dan meningkatkan relaksasi, dengan membantu pasien dalam merespon rasa nyeri sehingga mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan kenyamanan pasien serta meningkatkan coping pasien. Teknik relaksasi nafas dalam adalah suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam atau nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Utami, 2018).

Menurut (Utami, 2018), manajemen Nyeri yang dapat menggunakan teknik distraksi, relaksasi (menggunakan napas dalam), pijat efflurage, guided imaginary, kompres air hangat, teknik relaksasi otot progresif dalam, relaksasi genggam jari. Berdasarkan penelitiannya beberapa penjelasan yang telah dikemukakan, terapi komplementer yang paling sering digunakan adalah relaksasi nafas dalam, karena relaksasi nafas dalam yang digunakan untuk proses terapi tersebut sangat membantu meringankan nyeri yang dialami pasien

oleh karena itu memudahkan dalam proses penyembuhan dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien.

Intervensi keempat yaitu kolaborasi dengan tim medis, memberikan obat Omeperazole. Penggunaan intervensi terapi farmakologi omeperazole sebagai salah satu upaya jika teknik relaksasi nafas dalam belum mendapatkan hasil yang optimal dan nyeri sudah tidak bisa ditahan lagi, atau masih dimungkinkan terjadi peningkatan nyeri yang dialami oleh pasien secara spontan.

4. Implementasi Keperawatan

Setelah menentukan intervensi keperawatan, penulis sudah melakukan implementasi sesuai dengan intervensi keperawatan. Implementasi yang pertama yaitu mengobservasi tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, suhu, pernapasan, nadi, suhu, di tambah pengukuran tinggi badan dan berat badan. Tanda-tanda vital merupakan cara yang tepat dan efisien untuk memantau kondisi pasien atau mengidentifikasi masalah dan mengevaluasi respon pasien terhadap intervensi keperawatan (Wahyuni, 2013). Tanda-tanda vital sangat penting digunakan untuk pemeriksaan karena untuk mendukung diagnosa dan membantu memberikan terapi yang lain misalnya terapi obat. Dari data pengkajian diatas didapatkan hasil pemeriksaan fisikantara lain TD: 100/70 mmHg N: 84 x/menit RR: 20x/menit S: 36,2 °C, hasil dari pengukuran TB: 157 cm dan BB : 115 kg hasil IMT pada Ny. A adalah 46,6 termasuk overweight. Dari data yang bisa diperoleh pasien dengan hasil di atas menunjukkan bahwa tidak ada masalah pada tanda-tanda vital pasien, akan tetapi yang menjadi masalah pada pasien yaitu nyeri akut pada ulu hati karena disebabkan oleh pola makan yang tidak terkontrol dan mengkonsumsi makanan yang berjenis pedas, asam, dan berminyak maka hal tersebut yang bisa menjadikan pasien menjadi peningkatan

asam lambung dan terjadinya iritasi pada mukosa lambung. Maka hal ini yang bisa menyebabkan nyeri pada ulu hati karena adanya peningkatan asam lambung.

Implementasi yang kedua yaitu memposisikan pasien dengan posisi yang nyaman. Kenyamanan adalah salah satu outcome yang diharapkan dari suatu intervensi keperawatan. Manusia selalu berjuang untuk memenuhi kebutuhan dasar salah satunya yaitu kenyamanan. Intervensi yang bisa dilakukan untuk meningkatkan kenyamanan yaitu dengan posisi lateral, Posisi lateral yaitu pasien miring dengan pasien memeluk bantal. Dengan posisi nyaman dapat meningkatkan kenyamanan dan mengurangi rasa nyeri yang di alami oleh pasien tersebut (Wahyuni, 2013). Saat posisi miring organ tubuh pada bagian ulu hati dan perut cenderung berkurang, karena pada saat posisi lateral pasien merasakan nyaman dan nyeri bisa berkurang. Selain menggunakan posisi lateral yang penulis ajarkan pasien juga melakukan posisi nyaman dengan menjaga area nyeri dikasih bantal saat duduk.

Implementasi yang ketiga yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam penulis membantu pasien dalam merespon nyeri sehingga mengurangi ketegangan pada otot dan meningkatkan kenyamanan serta meningkatkan koping pada pasien. Penulis melakukan tindakan relaksasi nafas dalam ini dengan alasan karena mengajarkan teknik non farmakologi pada pasien karena bisa mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien dan dapat menambah wawasan atau pengetahuan pasien untuk bisa melakukan relaksasi nafas dalam secara mandiri dirumah.

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan metode yang efektif untuk menghilangkan rasa nyeri terutama pada pasien yang mengalami nyeri yang

sifatnya akut. Rileks sempurna yang dapat mengurangi nyeri ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah rasa stimulasi nyeri. Tujuan relaksasi diberikan kepada pasien tukak lambung adalah untuk memberikan sebuah teknik mengembangkan perasaan rileks ketika pasien mengalami serangan rasa sakitnya, setelah melakukan relaksasi beberapa kali maka pasien akan mampu menjadi rileks dengan relatif lebih cepat dan waktu yang singkat bahkan tanpa bantuan terapis (Subekti, 2011).

Teknik relaksasi nafas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioidendogen yaitu endorphin dan enkefalin. Penurunan nyeri oleh teknik relaksasi nafas dalam disebabkan ketika pasien melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulan, maka dari itu akan menyebabkan terjadinya penurunan kadar hormon kortisol dan adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi tingkat stres seseorang sehingga dapat meningkatkan konsentrasi dan membuat klien merasa tenang untuk mengatur ritme pernafasan menjadi teratur, hal ini juga akan mendorong terjadinya peningkatan kadar PaCO₂ dan akan menurunkan kadar pH sehingga terjadi peningkatan kadar oksigen (O₂) dalam darah. Dari kesimpulan diatas maka teknik relaksasi nafas dalam ini sangat mudah dilakukan dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien, tanpa suatu media, dan dapat merilekskan otot-otot yang tegang serta bisa menurunkan tingkat nyerinya.

Implementasi yang keempat yaitu memberikan terapi obat analgetik yaitu berupa Omeperazole dosis obat omeperazole adalah 2x20 mg. Omeperazole merupakan golongan *proton pump inhibitor* (PPI) contohnya omeperazole (Laumba, 2017). Omeperazole adalah obat untuk mengatasi nyeri

gangguan lambung, seperti penyakit asam lambung dan tukak lambung. Omeperazole bermanfaat untuk meringankan gejala sakit maag dan heartburn yang ditimbulkan oleh penyakit asam lambung dan tukak lambung, obat ini juga membantu penyembuhan kerusakan pada jaringan lambung dan kerongkongan (Sirait, 2015). Dari hasil penelitian (Rinza 2016 dalam Farikhah, 2017) bahwa penggunaan obat gastritis maupun dispepsia yang paling banyak digunakan adalah omeperazole. Omeperazole dapat memblokir kerja dari enzim K⁺H⁺ATP ase yang akan memecah K⁺H⁺ATP ase sehingga menghasilkan energi yang digunakan untuk mengeluarkan asam HCl dari sel parietal ke lumen lambung. Untuk obat pertama pada penderita gastritis maupun dispepsia adalah golongan obat PPI kemudian H₂ reseptor dan sukralfat. Obat golongan PPI paling banyak digunakan pasien gastritis maupun dispepsia karena obat golongan ini diindikasikan untuk terapi jangka panjang yang mengalami *gastroesophageal reflux disease*(GERD) dan jangka pendek pada pasien yang mengalami gejala gastrointestinal.

5. Evaluasi

Evaluasi perkembangan dari diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan agens cedera biologis, pada hari Kamis, 16 Januari 2020 pukul 19.00 WIB didapatkan evaluasi, Pasien mengatakan masih nyeri pada ulu hati dan didapatkan pengkajian nyeri P : nyeri terasa secara tiba-tiba, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian ulu hati, S : skala nyeri 5 (nyeri sedang), T : nyeri hilang timbul.

Kesimpulan dari evaluasi hari pertama diatas yaitu masalah belum teratasi, oleh karena itu rencana keperawatan yang akan dilakukan penulis untuk hari berikutnya adalah keperawatan mandiri dan kolaborasi lakukan

pengkajian nyeri, Beri posisi semi flower, evaluasi relaksasi nafas dalam, Kolaborasi pemberian terapi obat.

Pada hari Jumat, 17 Januari 2020 pukul 12.30 WIB didapatkan evaluasi pengkajian nyeri S : pasien mengatakan masih terasa nyeri tetapi agak mendingan, P : saat tidur terlentang, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : skala 3 (nyeri ringan), T : nyeri hilang timbul. Kesimpulan dari evaluasi hari kedua yaitu masalah teratasi sebagian, rencana keperawatan selanjutnya yaitu menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam jika timbul nyeri. Pasien pulang pada Jumat, 17 Januari 2020 pukul 13.00 WIB. Karena pasien dipulangkan maka dianjurkan pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diajarkan seperti teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri, dan juga mengkonsumsi obat secara teratur dan tepat waktu.

Penghambat penulis tidak dapat melakukan pengelolaan sepenuhnya karena persepsi pasien jika penyakitnya sembuh maka nyeri akut akan sembuh. Pendukung penulis saat mengambil data pasien dapat kooperatif dan keluarga pasien mendukung semua proses rencana keperawatan yang diberikan kepada pasien.