

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dirumah Tn. Z Pada tanggal 1/3/ 2022 pukul 09.00 WIB.

I. Data Umum

1. Identitas

Hasil pengkajian didapatkan klien bernama Tn. Z, pekerjaan tukang cukur, beragama islam, status perkawinan kawin, suku ogan, alamat klien di desa Karang Agung, RT 03/RW 03, Kotabumi Selatan, Lampung Utara, no hp/tp 082377446423.

2. Anggota Keluarga Yang Tinggal Dalam Satu Rumah

Tabel 3. 1

Anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah

No	Nama	Umur	Pekerjaan	Status dalam Keluarga
1	Tn. Z	75	Tukang Cukur	Suami
2	Ny. N	69	Ibu Rumah Tangga	Istri

3. Riwayat keluarga

Tabel 3. 2

Riwayat Keluarga

No	Nama	Umur	Pekerjaan	Keadaan saat ini (Hidup/Meninggal)
1	Tn. Z	75	Tukang Cukur	Hidup/Sehat
2	Ny. N	69	Ibu Rumah Tangga	Hidup/Sehat
3	Ny. Y	40	Guru	Hidup/Sehat
4	Tn. Z	43	PNS	Hidup/Sehat
5	Ny. N	40	Ibu Rumah Tangga	Hidup/Sehat
6	Tn. A	35	Guru	Hidup/Sehat

7	Ny. S	34	IRT	Hidup/Sehat
---	-------	----	-----	-------------

4. Data Dukung Lainnya

Fasilitas pelayanan kesehatan : Puskesmas

Jarak unit pelayanan kesehatan : ± 2 km

Transportasi ke unit pelayanan kesehatan : Transportasi Umum

5. Riwayat Pekerjaan

a. Status pekerjaan saat ini

Klien mengatakan saat ini bekerja mencukur rambut di pasar terdekat.

b. Status pekerjaan sebelumnya

Klien mengatakan pekerjaan klien sebelumnya adalah bertani.

c. Sumber-sumber pendapatan dan kecukupan pemenuhan kebutuhan

Klien mengatakan sumber pendapatan berasal dari hasil klien bekerja dan juga pemberian dari anak klien.

6. Riwayat Lingkungan Hidup

Klien tinggal di Desa Karang Agung, Tipe rumah permanen, lantai rumah semen, kondisi rumah tampak bersih, ventilasi cukup, terdapat cukup banyak jendela, terdiri dari ruang tamu, ruang keluarga, 3 kamar tidur, dapur, kamar mandi, dan WC yang tertutup, serta terdapat tempat pembuangan sampah.

7. Sumber/Sistem Pendukung yang Digunakan

a. Pelayanan kesehatan dirumah

Klien mengatakan saat sakit dirumah diobati sendiri dengan membeli obat di warung, seperti minyak angin atau tolak angin dan juga obat tradisional seperti madu, namun bila tidak sembuh akan dibawa ke puskesmas.

b. Pelayanan kesehatan rumah sakit

Klien mengatakan tidak pernah dirawat dirumah sakit dan tidak memiliki kartu BPJS.

- c. Kebutuhan/aktifitas kegiatan sehari-hari yang dibantu oleh keluarga
Klien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

8. Deskripsi Hari Khusus (Kebiasaan ritual lainnya seperti ibadah, tidur, dll)

Klien mengatakan melaksanakan sholat lima waktu seperti biasa di masjid, dan sholat jum'at setiap hari jum'at.

9. Status Kesehatan Saat ini

- a. Keluhan utama yang dirasakan

Klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan perutnya, karena terasa kembung dan terasa nyeri pada ulu hati, Nyeri hilang timbul, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dengan skala 4 dari (0-10), tampak meringis, nyeri sering muncul pada malam hari, merasa mual dan merasa ingin muntah.

- b. Keluhan penyerta

Klien mengatakan sering terjaga saat malam hari dan merasa tidak puas tidur karena nyeri sering muncul, tidur hanya 5 jam/hari.

- c. Status/keadaan kesehatan satu tahun terakhir

Klien mengatakan satu tahun terakhir mengalami tanda dan gejala dispepsia dan satu tahun terakhir ini pula menderita penyakit asam urat.

- d. Status/keadaan kesehatan lima tahun terakhir

Klien mengatakan sudah 10 tahun terakhir mengalami tanda dan gejala seperti kembung, nyeri pada ulu hati, merasa mual dan ingin muntah dan merasa sering bersendawa ketika telat makan atau sering makan makanan yang bersantan.

- e. Riwayat obat-obatan, makanan, instruksi dokter, dll

- 1) Obat-obatan

Klien mengatakan mengkonsumsi obat Gastrucid yang biasanya di beli di toko obat.

2) Makanan

Klien mengatakan dulunya beliau suka mengkonsumsi makanan yang berminyak dan bersantan.

3) Instruksi dokter

Klien mengatakan dokter menginstruksikan untuk menjaga pola makan.

f. Masalah-Masalah yang mempengaruhi status kesehatan saat ini

Klien mengatakan nyeri pada perutnya sering timbul jika telat makan atau makan makanan yang bersantan.

10. Status Kesehatan dahulu

a. Riwayat penyakit anak-anak/remaja/dewasa muda yang berhubungan dengan kesehatan saat ini

Klien mengatakan saat masih muda tidak memiliki riwayat penyakit.

b. Riwayat penyakit kronik atau trauma

Klien mengatakan dahulu klien pernah menderita asam urat.

c. Riwayat perawatan di rumah sakit/fasilitas kesehatan lainnya

Klien mengatakan tidak pernah dirawat dirumah sakit hanya terkadang sesekali kontrol ke rumah sakit/klinik untuk penyakit asam uratnya.

II. Data Khusus Kelainan Sistem Tubuh

1. Pemeriksaan Anggota Tubuh

a. Umum

Pada saat dilakukan pengkajian Tn. Z masih bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti makan-minum, BAB, dan BAK sendiri tidak memerlukan bantuan dari orang lain, kesadaran klien composmentis E4M6V5, TD: 130/80 mmHg, Pernafasan: 18x/menit, Nadi: 68x/menit, Suhu: 36,5⁰C, TB: 138 cm, BB:45 kg.

Kemampuan Untuk melakukan Aktifitas kegiatan sehari-hari (AKS) tidak terganggu.

b. Kepala

Pada saat pengkajian kepala klien tampak bersih, tidak terdapat ketombe, tidak terdapat luka, rambut klien cenderung berwarna putih. Kemampuan Untuk melakukan AKS tidak terganggu.

c. Mata

Pada saat pengkajian klien memiliki kantung mata dan tampak kehitaman, pergerakan bola mata normal, saat tes dengan cara membaca kertas yang terdapat tulisan, pasien mampu membacanya tanpa menggunakan kaca mata, klien mengatakan tidak bisa membaca dari jarak jauh, namun masih dapat membaca dari jarak dekat. Kemampuan Untuk melakukan AKS tidak terganggu.

d. Telinga

Saat dilakukan pengkajian klien masih dapat mendengar dengan jelas, telinga cukup bersih walau terdapat sedikit serumen, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, dan tidak memakai alat bantu. Kemampuan Untuk melakukan AKS tidak terganggu.

e. Hidung

Penciuman klien masih bagus saat mencium bau-bauan, hidung klien cukup bersih dan tidak terdapat sumbatan, tidak ada peradangan maupun pembengkakan. Kemampuan Untuk melakukan AKS tidak terganggu.

f. Mulut dan tenggorokan

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan merasa asam dimulut, mulut klien tampak cukup bersih, tidak mengalami infeksi, namun gigi klien sudah tidak lengkap lagi, mukosa tampak lembab tapi sedikit pucat, tenggorokan klien tidak terdapat masalah. Kemampuan Untuk melakukan AKS tidak terganggu.

g. Leher

Saat dilakukan pengkajian tidak terdapat pembengkakan pada leher, reflek menelan baik, tidak ada nyeri dan leher klien masih dapat digerakkan. Kemampuan Untuk melakukan AKS tidak terganggu.

h. Dada

Saat dilakukan pengkajian klien tidak mengalami masalah pernafasan, ekspirasi dan inspirasi dinding dada baik, tidak ada suara nafas tambahan. Kemampuan Untuk melakukan AKS tidak terganggu.

i. Abdomen

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan perutnya, terasa kembung, saat diperkusi terdengar bunyi hipertimpani, dan terasa nyeri pada ulu hati, bising usus 10 x/menit, tidak ada benjolan di perut. Kemampuan Untuk melakukan AKS tidak terganggu.

j. Alat kelamin

Berdasarkan wawancara Tn. Z mengatakan tidak memiliki gangguan atau penyakit infeksi, tidak ada masalah saat BAK dan tidak nyeri saat BAK. Kemampuan Untuk melakukan AKS tidak terganggu.

k. Akstremitas atas dan bawah

Saat dilakukan pengkajian ekstermitas atas klien masih berfungsi dengan baik dan masih mampu membawa dan mengangkat benda yang tidak terlalu berat, untuk ekstermitas bawah klien juga masih bisa berfungsi dengan baik hanya saja bila terlalu lama beraktivitas lutut klien terasa pegal dan kaku. Kemampuan Untuk melakukan AKS tidak terganggu.

2. Pemeriksaan Sistem tubuh

a. Haemopoetik

Saat dilakukan pengkajian tidak ada pembesaran pada hati, konjungtiva tidak anemis.

b. Integumen

Kulit klien tampak keriput, tidak terlalu elastis, keadaan kulit bersih, tidak ada tanda-tanda peradangan, tidak ada luka, tidak ada dekubitus, kuku bersih dan tidak panjang, rambut klien cenderung berwarna putih.

c. Pernapasan

Pernafasan klien baik dengan frekuensi 18x/menit, irama teratur, tidak ada suara nafas tambahan dan tidak ada gangguan pola nafas.

d. Kardiovaskuler

TD: 130/80 mmHg, frekuensi nadi: 68x/menit nadi teraba kuat, temperatur kulit teraba hangat, warna kulit kemerahan, CRT < 3 detik, tidak ada edema.

e. Gastrointestinal

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan perutnya, terasa kembung, saat diperkusi terdengar bunyi hipertimpani, dan terasa nyeri pada ulu hati, merasa mual dan ingin muntah, nafsu makan klien baik, pola BAB 1x/hari, bising usus 10 x/menit.

f. Perkemihan

Klien BAK dengan normal, BAK 3-4x/hari, tidak ada nyeri saat BAK, klien mengatakan warna urinenya putih kekuningan.

g. Muskuloskeletal

Saat dilakukan pengkajian tidak ada masalah pada sistem muskuloskeletal klien, kekuatan otot klien

5555	5555
4444	4444

h. Endokrin

Saat di lakukan pemeriksaan di dapatkan GDS: 99 mg/dL, nafas tidak berbau keton, tidak ada rasa haus, dan tidak mengalami masalah dalam berkemih.

i. Sistem saraf pusat

Saat dilakukan pengkajian tidak ada masalah pada sistem saraf pusat klien.

j. Kondisi psikososial

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan merasa cemas ketika nyeri di ulu hatinya muncul.

III. Pengelompokan dan Analisa Data

Tabel 3. 3

Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasa nyeri pada ulu hati 2. Klien mengatakan nyeri hilang timbul 3. Klien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk 4. Klien mengatakan sudah 10 tahun terakhir mengalami tanda dan gejala nyeri pada ulu hati <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Skala nyeri 4 (0-10) 3. TD: 130/80 mmHg 4. S: 36,5⁰C 5. N: 68x/menit 6. RR:18x/menit 	Agen pencedera fisiologis (inflamasi)	Nyeri Kronis
2.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasa mual 2. Klien mengatakan merasa ingin muntah 3. Klien mengatakan merasa asam di mulut 	Iritasi lambung	Nausea
3.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sering 	Kurangnya kontrol	Gangguan pola tidur

	terjaga di malam hari 2. Klien mengatakan tidak puas tidur 3. Klien mengatakan tidur 5 jam/hari Data Objektif: 1. Klien memiliki kantung mata dan tampak kehitaman	tidur	
--	--	-------	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan:
 - a) Data subjektif:
 1. Klien mengatakan merasa nyeri pada ulu hati
 2. Klien mengatakan nyeri hilang timbul
 3. Klien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk
 4. Klien mengatakan sudah 10 tahun terakhir mengalami tanda dan gejala nyeri pada ulu hati
 - b) Data objektif:
 1. Tampak meringis
 2. Skala nyeri 4 (0-10)
 3. TD: 130/80 mmHg
 4. S: 36,5°C
 5. N: 68x/menit
 6. RR: 18x/menit
2. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung ditandai dengan:
 - a) Data subjektif:
 1. Klien mengatakan merasa mual
 2. Klien mengatakan merasa ingin muntah
 3. Klien mengatakan merasa asam di mulut
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan:
 - a) Data subjektif:
 1. Klien mengatakan sering terjaga di malam hari

2. Klien mengatakan tidak puas tidur
 3. Klien mengatakan tidur 5 jam/hari
- b) Data Objektif:
1. Klien memiliki kantung mata dan tampak kehitaman

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3. 4

Rencana Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Rasa Nyaman Terhadap Tn. Z Pada Kasus Dispepsia

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1.	<p>Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) (D.0077) ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasa nyeri pada ulu hati 2. Klien mengatakan nyeri hilang timbul 3. Klien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk 4. Klien mengatakan sudah 10 tahun terakhir mengalami tanda dan gejala nyeri pada ulu hati <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Skala nyeri 4 (0-10) 3. TD: 130/80 mmHg 4. S: 36,5^oC 5. N: 68x/menit 6. RR:18x/menit 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Kontrol Nyeri (L.08063) meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol 2. Mampu mengenali nyeri 3. Mampu mengetahui penyebab nyeri 4. Mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri <p>Tingkat Nyeri (L.08066) menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada keluhan nyeri 2. Ekspresi wajah tidak meringis 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. kompres hangat/dingin) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

1	2	3	4
			<p>3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Monitor tanda-tanda vital (TD, RR, Suhu, Nadi)</p>
2.	<p>Nausea berhubungan dengan Iritasi lambung (D.0076) ditandai dengan: DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasa mual 2. Klien mengatakan merasa ingin muntah 3. Klien mengatakan merasa asam di mulut 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Tingkat nausea (L.08065) menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan mual hilang 2. Tidak ada perasaan ingin muntah 3. Perasaan asam dimulut hilang 	<p>Manajemen Mual (I.03117):</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Monitor mual (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. kecemasan, ketakutan, kelelahan) 2. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 2. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. relaksasi)


1	2	3	4
3.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (D.0055) ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sering terjaga di malam hari 2. Klien mengatakan tidak puas tidur 3. Klien mengatakan tidur 5 jam/hari <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien memiliki kantung mata dan tampak kehitaman 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Pola tidur (L.05045) membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada keluhan sering terjaga 2. Tidak ada keluhan tidak puas tidur 	<p>Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapkan jadwal tidur rutin 2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi,) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 2. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur


D. Penatalaksanaan dan Evaluasi

Tabel 3. 5


Catatan Perkembangan Hari Pertama Pasien Dengan Gangguan Rasa Nyaman Terhadap Tn. Z Pada Kasus Dispepsia

No	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	Selasa, 01 maret 2022 Pukul: 13.20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri yang dirasakan 2. Mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan, dengan cara menanyakan ke klien nyeri yang dialami berada di angka berapa, dari (0-10) angka 0 tidak ada rasa nyeri sama sekali dan angka 10 nyeri sangat hebat 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal pasien, dengan cara melihat ekspresi muka pasien 4. Mengidentifikasi bersama faktor-faktor memperberat dan memperingan nyeri, dengan cara menanyakan ke klien kapan biasanya nyeri sering muncul dan dengan cara apa mengatasinya 5. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri yaitu dengan cara memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit yang diderita yaitu dispepsia dengan menggunakan leaflet yang berisi: definisi, 	<p>Pukul:13.50</p> <p>S: Klien mengatakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri di ulu hati 2. Nyeri hilang timbul 3. Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk 4. Nyeri terjadi ketika terlambat makan atau makan makanan yang bersantan 5. Nyeri hilang jika makan dengan teratur dan minum obat 6. Memahami tentang penyakitnya dan mengerti apa yang diajarkan, dan akan mengkonsumsi obat herbal ramuan kunyit 7. Memahami teknik nafas dalam yang diajarkan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 4 dari (0-10) 2. Klien tampak meringis <p>TTV:</p> <p>TD: 120/80 mmHg</p> <p>N: 76 x/menit</p>

1	2	3	4
		<p>penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan penyakit dispepsia dan cara terapi komplementer pembuatan obat herbal alami yaitu ramuan kunyit untuk mengatasi tanda dan gejala dispepsia dan anjurkan mengkonsumsinya sehari sekali</p> <p>6. Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan Teknik nafas dalam saat nyeri, caranya dengan menarik nafas, melalui hidung lalu menahannya selama 3 detik lalu hembuskan perlahan melalui mulut, ulangi sebanyak 3 kali</p> <p>7. Mengukur tanda-tanda vital klien</p>	<p>RR: 20 x/menit S:36.6 °C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 4. Berikan teknik nonfarmakologi meredakan nyeri: Kompres hangat 5. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 6. Observasi kembali tanda-tanda vital <p style="text-align: center;">T.T Perawat  (Jesika Reski N)</p>
2.	<p>Selasa, 01 Maret 2022 Pukul:14.10</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor penyebab mual yang sering terjadi pada pasien 2. Mengurangi atau menghilangkan keadaan penyebab mual dengan cara menganjurkan klien untuk mencari udara segar dan 	<p>Pukul: 14:30</p> <p>S: Klien mengatakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mualnya masih ada 2. Masih merasa ingin muntah 3. Masih terasa asam dimulut

1	2	3	4
		<p>mengatur pernafasan</p> <p>3. Menganjurkan pasien untuk sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>4. Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak seperti kentang, dan juga makanan kering dan hangat seperti biskuit</p>	<p>5. Penyebab mual nya karena sering telat makan</p> <p>6. Mualnya hilang timbul</p> <p>7. Akan lebih sering membersihkan mulutnya</p> <p>8. Akan mengkonsumsi makanan yang dianjurkan</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien tampak sedikit mual</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1. Monitor mual</p> <p>2. Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak secara sering dan perlahan</p> <p style="text-align: center;">T.T Perawat  (Jesika Reski N)</p>
3.	<p>Selasa, 01 Maret 2022</p> <p>Pukul: 14.25</p>	<p>1. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur klien (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur,</p>	<p>Pukul:14.45</p> <p>S: Klien mengatakan</p> <p>1. Tidak mengkonsumsi kopi atau makan mendekati waktu tidur</p>


1	2	3	4
		<p>minum banyak air sebelum tidur)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Pasien 3. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur yang dialami pasien 4. Menerapkan jadwal tidur rutin seperti tidur dibawah jam 22.00 dan menganjurkan tidur siang minimal 1 jam 5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti mengatur posisi saat tidur dan memijat kepala agar rileks 6. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur seperti makanan cepat saji atau makanan instan dan kopi, dan jangan makan mendekati waktu tidur 7. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Tidur hanya 5 jam/ hari 3. Jarang tidur siang 4. Pola tidur sedikit terganggu karena sering terbangun di malam hari karena perut nya sering merasa nyeri 5. Akan menjalankan jadwal tidur rutin 6. Akan mengatur posisi istirahat yang nyaman dan akan memijat kepala nya sebelum tidur 7. Akan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 8. Akan menepati kebiasaan waktu tidur <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak memahami penjelasan dari perawat 2. Kehitaman pada mata masih terlihat <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Evaluasi prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti pengaturan posisi atau pijatan kepala



1	2	3	4
			3. Anjurkan untuk menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur T.T Perawat  (Jesika Reski N)

Tabel 3. 6

Catatan Perkembangan Hari Kedua Pasien Dengan Gangguan Rasa Nyaman Terhadap Tn. Z Pada Kasus Dispepsia

No	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	Rabu, 02 Maret 2022 Pukul: 09.50	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan pasien saat ini 3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 4. Memberikan teknik nonfarmakologi meredakan nyeri yaitu dengan kompres hangat pada area perut yang terasa sakit, dan atur posisi klien nyaman mungkin 5. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 6. Mengobservasi tanda-tanda vital 	<p>Pukul: 10.15</p> <p>S: Klien mengatakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri terasa berkurang 2. Mengonsumsi ramuan kunyit membantu meringankan rasa nyeri dan rasa tidak nyaman di perutnya 3. Latihan nafas dalam dan kompres hangat cukup membantu 4. Akan memonitor nyeri yang dirasakannya <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 2 (0-10) 2. Pasien tampak nyaman ketika dilakukan kompres hangat 3. TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 120/80 mmHg N: 78 x/menit RR: 20 x/menit S: 36.0 °C <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>

1	2	3	4
			1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri 2. Anjurkan teknik nonfarmakologi nafas dalam dan kompres hangat jika nyeri kembali terasa 3. Anjurkan kembali mengkonsumsi herbal ramuan kunyit 4. Obsevasi kembali tanda-tanda vital T.T Perawat  (Jesika Reski N)
2.	Rabu, 02 Maret 2022 Pukul:10.20	1. Memonitor mual (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 2. Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak secara sering dan perlahan	Pukul:10.30 S: Klien mengatakan: 1. Keluhan mual maupun rasa ingin muntah sudah hilang 2. Rasa asam di mulut sudah tidak ada 3. Memahami apa yang di anjurkan perawat O: 1. Pasien tampak segar dan tidak tampak mual A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi


1	2	3	4
			<p>T.T Perawat</p>  <p>(Jesika Reski N)</p>
3.	<p>Rabu, 02 Maret 2022 Pukul: 10.35</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien 2. Mengevaluasi prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 3. Menganjurkan untuk menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 	<p>Pukul: 10.50</p> <p>S: Klien mengatakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tadi malam tidur jam 21.00 dan bangun jam 4.30 2. Sudah tidak terjaga saat malam 3. Sudah bisa memulai tidur 4. Sudah puas tidur 5. Posisi tidur sudah nyaman dan memijat kepala sangat membantu merilekskan tubuh 6. Sudah mengikuti anjuran yang di berikan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak segar 2. Kehitaman disekitar mata sudah berkurang <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p>T.T Perawat</p> 

			(Jesika Reski N)
--	--	--	------------------

Tabel 3. 7

Catatan Perkembangan Hari Ketiga Pasien Dengan Gangguan Rasa Nyaman Terhadap Tn. Z Pada Kasus Dispepsia

No	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	Kamis, 03 Maret 2022 Pukul:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologi nafas dalam dan kompres hangat bila nyeri terasa kembali 4. Anjurkan kembali mengkonsumsi herbal ramuan kunyit 5. Mengobservasi tanda-tanda vital pasien 	<p>Pukul:</p> <p>S: Klien mengatakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri sudah hilang 2. Akan melakukan teknik nonfarmakologi yang diajarkan bila nyeri terasa kembali 3. Sudah mampu menggunakan teknik nonfarmakologis mengurangi nyeri 4. Akan mengkonsumsi herbal ramuan kunyit 5. Sudah mampu mengenal dan mengetahui penyebab nyeri <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 0 (0-10) 2. Sudah tidak tampak meringis 3. TTV: <p>TD:120/70 mmHg N: 68 x/menit RR:18 x/menit S: 36.2 °C</p> <p>A: Masalah teratasi</p>

			P: Hentikan intervensi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
			T.T Perawat  (Jesika Reski N)