

DAFTAR PUSTAKA

- A.Asis Almual Hidayat. (2018). *Pengantar Buku Keperawatan Anak* (2nd ed.; Dr.Dripa Sjabana, ed.). Jakarta: Dr.Dripa Sjabana.
- Andriana, Dian. (2015). *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain pada Anak*. Jakarta: Salemba Medika
- Bare & Smeltzer. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart (Alih bahasa Agung Waluyo)* Edisi 8 vol.3. Jakarta :EGC
- Bayupurnama. P. (2019). *Dispepsia dan Penyakit Refluks Gastroesofageal*. Jakarta: EGC,
- Brunner & Suddarth. (2018), *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Chamidah, Atien Nur. (2009). *Deteksi Dini Gangguan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak*. *Jurnal Pendidikan Khusus*, Vol. 5 No. 2 November 2009
- Dinoyo DS. (2013). *Buku Ajar keperawatan Medikal Bedah: Sistem Pencernaan*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Fithriyana. R. (2018). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Dispepsia Pada Pasien Di Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Kota*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol.2 No. 2 Oktober 2018 Hal. 43-54.
- Ida Mardalena,. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Jakarta: Pustaka Baru Press.
- Ida Mardalena. 2018. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan* Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Irianto. (2015). *Memahami Berbagai Macam Penyakit*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Kurniawan, Dedik. (2015). *Pengaruh Terapi Bekam Terhadap Perubahan Nyeri Sendi pada Lansia dengan Reumatoid Arthritis*. Skripsi : STIKes ICME Jombang
- Maryunani, A. (2014). *Asuhan Neonates, Bayi, Balita & Anak Pra – Sekolah*. Tajurhalang : In Media
- Mohamad Judha, Afroh, F., Sudarti. (2012). *Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Parawansa, Novira. (2020). *Hubungan Keteraturan Makan dan Diet Iritatif dengan Dispepsia pada Mahasiswa Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya*. Undergraduate thesis, Sriwijaya University.
- Pardiansyah R, Yusran M (2016). *Upaya Pengelolaan Dispepsia Dengan Pendekatan Pelayanan Dokter Keluarga*. J Medula Unila,

- Pardiansyah, R. dkk (2016) 'Upaya Pengelolaan Dispepsia dengan Pendekatan Pelayanan Dokter Keluarga Dyspepsia Treatment By Using Family Physician Practice Approach', *J Medula Unila*, 5(Nomor 2), pp. 1–2
- Potter, William., & Perry, Grace. (2010). *Fundamental of Nursing*. Jakarta:Salemba Medika.
- Riset Kesehatan Dasar (Risikesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasi1%20Risikesdas%202018.pdf – Diakses Desember 2022.
- Rudi Haryono. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan Yogyakarta*: Gosyen Publishing
- Sandi, D. E. (2020). Hubungan Keteraturan Pola Makan Dengan Kejadian Dispepsia Fungsional Pada Remaja : Systematic Review Skripsi. *Skripsi*.
- Supetran, I. (2018). "Efektifitas Penggunaan Teknik Relaksasi Otot Progresif Dalam Menurunkan Tingkat Nyeri Pasien Gastritis Di Rumah Sakit Daerah Madani Palu." *PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat* 6(1).
- Talley, N. J., Walker, M., & Holtmann, G. (2016). Dispepsia Funcional. *Curr Opin Gastroenterol [Internet]*, 32(6), 467-73.
- Tzu, I. C. E. (2009). Aromatherapy: The Challenges For Community Nurse. *Use Of Aromatherapy In Nursing Care* , 1-20.
- Warianto, C., (2011), Solusi Penyakit Maag Tanpa Mengobati, Available at http://skp.unair.ac.id/repository/Guru-Indonesia/SolusiPenyakitMaag_ChaidarWarianto_41.pdf,_diakses Desember 2022
- Watt, G., & Janca, A. (2008). *Aromatherapy In Nursing And Mental Health Care*. Retrieved January 4, 2015,
- Wong LD, Kasprisin CA, Hess CS. (2012). *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Edisi 4. Jakarta : EGC

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi/Bimbingan KIAN

Lembar Konsultasi/Bimbingan KIAN

Nama : Restunissa Tita Fadillah

NPM : 214291517045






Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Analisis Asuhan Keperawatan Melalui intervensi Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien An. M Dan An. A Dengan Masalah Nyeri Akut Pada Diagnose Medis *Dyspepsia* Di Rumah Sakit Mariner Cilandak Jakarta Selatan Tahun 2022

Dosen Pembimbing : Ns. Diah Agrarini, S.Kep.,M.Kep

Kegiatan Konsultasi

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran/ Masukan	Tanda Tangan Pembimbing
1	9 November 2022	Konsultasi mengenai lahan untuk penelitian	Rs.Mariner Cilandak	
2	2 Desember 2022	Acc tempat penelitian	Ditrima	
3	7 Desember 2022	Konsultasi mengenai judul	Perbaikan Judul	
4	8 Desember 2022	Acc Judul	Diterima	

5	21 Desember 2022	Konsultasi Bab 1-3	Penambahan Mengenai Teori	
6	22 Desember	Acc bab 1-3	Bab 1-3 Diterima	
7	23 Desember 2022	Konsultasi Bab 4-5	Penambahan mengenai kasus Kelolaan	
8	4 Januari 2023	Acc Bab 4-5	Bab 4-5 Diterima	
9	5 Januari 2023	Acc Sidang	Diterima	



Lampiran 2 Surat Permohonan Izin Praktek Ners



UNIVERSITAS NASIONAL
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Jl. Hersono RM No. 1, Ragunan, Jakarta Selatan 12550, Telp. 27870882
Website : www.unas.ac.id; Email : fikes@cvitas.unas.ac.id

Nomor : 652/D/FIKES/XI/2022 Jakarta, 29 November 2022
Perihal : Permohonan Ijin Praktek Ners
Lampiran : +

Kepada Yth: RS Mariner Cilandak
Di
Jakarta Selatan

Dengan hormat,

Sehubungan dengan pelaksanaan Praktek Akhir Profesi Ners: Kekhususan Keperawatan Anak Prodi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional Angkatan VI Tahun 2022, maka dengan ini kami memohon ijin agar mahasiswa kami:

No	NAMA	NPM
1	Maulidiya Fadila	214291517043
2	Diana Emi Misginti	214291517070
3	Restunissa Tita Fadilah	214291517045

Dapat melakukan praktik asuhan keperawatan di Ruang Anak RS Mariner Cilandak, pada:

Tanggal : 05 – 09 Desember 2022
Lama Praktek : 5 hari

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.



Rektor,
Dekan FIKES Univ. Nasional,
Dr. Nento Widowati, M.Si.

Kaprodi Profesi Ners

Ns. Naziyah
Ns. Naziyah, M.Kep

- Tembusan:
1. KaDep Diklat/Komkordik
 2. KaDep Keperawatan

Lampiran 3 Format Pengkajian Pada Anak 1

Lampiran 13.

FORMAT PENGKAJIAN PADA ANAK

Nama Mahasiswa : Maulidya Fadila NPM : 219201517093
Tempat Praktek : RS Marmir Cilandak HARI/TGL :

I. DATA IDENTITAS

Nama klien : Nn.M Nama Ayah : Bimo
Tanggal lahir : 06/05/2007 Usia Ayah : 49 th
Usia/JK : 18th / P Pekerjaan Ayah : Ura swasta
Nama ibu : fio Pekerjaan ibu : Ibu Rumah Tangga
Usia Ibu : 37 tahun

II. KELUHAN UTAMA

Pasien mengatakan merasakan nyeri hebat dibagian perutnya.
rasanya nyeri seperti diremas-remas dan sering timbul. Pasien
juga mengeluh lemas dan mual, pasien sempat mengalami muntah
sebelum di bawa ke rumah sakit.
pasien masuk ke rumah sakit pada

III. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

1. Riwayat pre natal :
Pasien lahir pada 6 Mei 2007, pada usia kehamilan 40 minggu, ^{searah} spontan
2. Riwayat antenatal :
tidak ada keluhan / masalah yang dialami Ibu saat mengandung pasien
3. Riwayat post natal :
Ibu tidak mengalami perdarahan pasca persalinan. Tumbuh kembang
pasien saat bayi normal, tidak ada keterlambatan.
4. Riwayat imunisasi :
imunisasi pasien lengkap : Hepatitis B, BCG dan Polio 1, DPT, Polio 2, Polio 3,
Polio 4, dan campak.

5. Penyakit waktu kecil :

Pasien memiliki riwayat penyakit appendisitis pada
usia 10 th

6. Pernah dirawat di RS :

Pasien pernah dirawat di RSUD Palarbebo pada 2018
akibat penyakit appendisitis dan pasien menjalani UP Appendis

7. Riwayat Pembedahan :

Pembedahan Apendektomi pada 2018

8. Riwayat Alergi :

tidak ada riwayat Alergi

9. Konsumsi obat :

sebelum dibawa ke RS, pasien mengonsumsi obat
omeprazole dari puskesmas di tempat ia bekerja

10. Riwayat kecelakaan :

tidak ada riwayat kecelakaan

IV. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

1. Riwayat penyakit yang diturunkan :

tidak ada riwayat penyakit genetik, keluarga pasien
mengatakan diluarganya tidak ada yang memiliki riwayat
Penyakit yang sama.

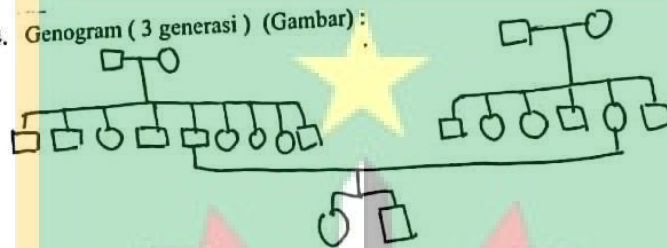
2. Riwayat penyakit saudara sekandung :

saudara pasien tidak memiliki penyakit seperti yang dialami oleh pasien

3. Pola asuh orang tua :

Orang tua pasien selalu mendampingi pasien. keluarga pasien mengatakan bahwa ayahnya memang sangat menyukai makanan pedas

4. Genogram (3 generasi) (Gambar):



V. RIWAYAT SOSIAL

1. Yang mengasuh :

Pasien diasuh oleh kedua orang tuanya

2. Hubungan dengan orang tua :

hubungan pasien dengan orang tuanya sangat baik

3. Hubungan dengan teman :

pasien memiliki banyak teman baik di rumah / di sekolah, hubungan baik.

4. Pembawaan secara umum :

pasien merupakan individu yang terbuka dan ceria.

5. Lingkungan rumah :

pasien mengatakan lingkungan rumahnya sangat nyaman.

VI. KEBUTUHAN DASAR

- Makanan yang disukai : Pasien menyukai makanan yang gurih seperti Ayam Goreng

Makanan yang tidak disukai : Pasien kurang menyukai sayur

Pola makan : Saat sakit, pasien tidak nafsu makan, dalam 1 porsi hanya habis 3 SDM

Minuman yang disukai : Minuman manis seperti Gula

Pola minum : Saat sakit, pasien menghabiskan minum ± 500ml
- Mandi secara mandiri : Pasien mandi di bantu keluarga saat sakit

Pola mandi : 1x/hari

Pola mencuci rambut : Pasien belum mencuci rambut selama dirawat

Pola gosok gigi : 2x/hari

Pola memotong kuku : Pasien belum menguntang kuku

Pola membersihkan telinga : pasien belum membersihkan telinga
- Pola eliminasi fekal : pasien BAB 1x/hari

Karakteristik feses : lembek

Pola eliminasi urine : 3-4 x/hari

Karakteristik urine : Jernih
- Pola istirahat-tidur : pasien tidur ± 5jam tidak nyenyak selama sakit

Kebiasaan sebelum tidur : bermain HP sebelum tidur

Tidur siang : -
- Aktifitas bermain : pasien biasa bermain saat disekolah

V. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Diagnosa Medis :

Dyspepsia

2. Tindakan operasi :

3. Status nutrisi :

nutrisi pasien kurang dari kebutuhan tubuh, pasien mengalami penurunan nafsu makan, pasien hanya menghabiskan 1/4 porsi makan.

4. Status cairan :

jumlah cairan pasien masih kurang, pasien hanya minum ± 500ml dalam sehari.

5. Obat-obatan :

- omeprazole 2x 40mg

- parasetamol 3x 500mg

6. Aktifitas :

- pasien tirah baring

7. Tindakan keperawatan :

- Manajemen Nyeri

8. Hasil Laboratorium :

- USG Abdomen : tidak ada kelainan

- Rontgen Thorax : tidak ada kelainan

9. Hasil rontgen :

thorax : tidak ada kelainan.

10. Data tambahan :

VI. PEMERIKSAAN FISIK (gunakan inspeksi, palpasi, perkusi & auskultasi untuk memeriksa persistem dengan arah head to toe)

1. Keadaan Umum :

tampak sehat betah

Tingkat kesadaran :

compos mentis

TB/BB/TD/S/RR/N :

150cm/44kg / 120/60 mmHg / 36.9°C / 20x/m / 76x/m

Data lain :

Skala Nyeri : 7.

2. Kepala

Rambut :

rambut panjang, halus, tampak berminyak.

Ubun-ubun :
tidak ada kelainan, tidak terdapat luka

.....

Telinga :
telinga pasien simetris, bersih, tidak terdapat kotoran.

.....

Mata :
mata pasien simetris, pasien tidak mengalami gangguan penglihatan

.....

Hidung :
hidung pasien bersih, tidak terdapat gangguan penciuman

.....

Membrane mukosa mulut :
pasien tampak pucat, membran mukosa bibir orofaring

.....

Rongga mulut :
gigi pasien lengkap, memilikis tusuk dan tambal gigi

3. Leher

Penggunaan otot bantu pernafasan :
pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan

.....

Tonsil :
tidak terdapat kelainan, tonsil tidak membesar berwarna merah

muda .

Kesimetrisan leher :

leher pasien simetris

.....

Kaku kuduk :

tidak terdapat ke kaku pada leher

Data lain:

pasien memiliki luka bekas operasi perut dibagian bawah sebelah kanan

4. Dada

Bentuk dada :

bentuk dada simetris

Warna kulit dada :

warna kulit putih

Paru-paru :

terdapat kembang kempis paru simetris, tidak ada suara napas tambahan

Cardio :

denyut jantung reguler

.....

Indrawing chest :

pasien tidak mengalami indrawing chest

.....

Data lain :

.....

5. Abdomen

Bentuk abdomen :

normal, tidak asites

Bising usus :

20 x/m

Turgor kulit :

kulit perut tidak lemas

Nyeri tekan /lepas :

Perut lunak nyeri skala 1 tanpa ditekan

.....

Hepar :

Hepar tidak membesar, permukaan rata, tekstur parenkim homogen kasar,

kapsul tidak menebal.

Gaster :

.....

.....

Data lain :

.....

.....

6. Punggung

Bentuk :

Simetris

Ginjal :

pasien tidak memiliki riwayat penyakit ginjal, tidak ada kelainan
ulanan normal, tidak terdapat pembesaran ginjal.

Paru-paru :

tidak tampak bergele, tidak terjadi pembesaran paru, tidak tampak
bronkopneumonia, tidak tampak kardiomegali.

Data lain :

-

.....

.....

7. Ekstrimitas atas

Capilari refill :

2 detik

.....

.....

Kuku :
kuku pasien bersih, di ujung merah muda, tidak terdapat clubbing finger

.....
Fraktur :
tidak ada riwayat fraktur

.....
Tonus otot :
.....

Data lain :
.....
.....

8. Ekstremitas bawah

Bentuk kaki :
bentuk kaki normal

Kuku :
kuku kaki bersih dan tidak ada ketampanan

Fraktur :
tidak ada riwayat fraktur



Tonus otot :
tidak ada kaku pada otot

Data lain :

9. Genetourina

Genital :
tidak ada kelainan, pasien meminum secara teratur.

Urinal :
tidak ada kelainan, fungsi perkemihan baik.

Anal :
otot sphingter normal, tidak ada benjolan.

Data lain :

VII. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

1. Psiko sosial :

Paten dapat beresrealisasi dengan baik selama di rumah sakit, serta saat di rumah.

2. Psiko seksual :

Pasien mulai menstruasi sejak usia 12 tahun

3. Kognitif :

Baik

4. Motorik kasar :

Baik

5. Motorik Halus:

Baik

Data lain :

-

VIII. Respon Anak Terhadap Hospitalisasi

- Pasien sering merasa cemas dan takut terhadap tindakan medis yang dilakukannya.



Analisa Data

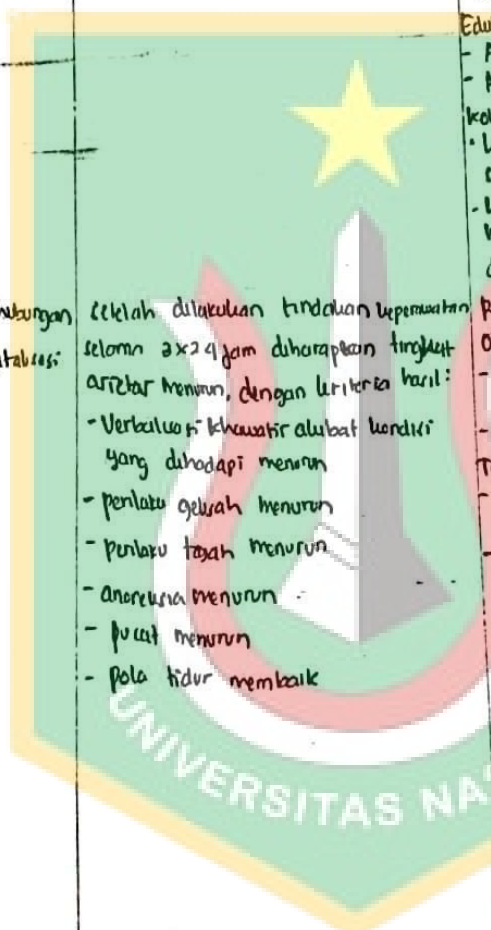
Data	Etiologi	Masalah
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengeluh nyeri ditangan kiranya. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - pasien tampak gelisah - pasien sulit tidur - Painur Nyeri: <ul style="list-style-type: none"> P: disrupsi Q: seperti di tusuk-tusuk R: nyeri berfisi di perut bagian atas tengah S: skala T: nyeri hilang timbul 	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan tidak nafsu makan dan mual <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bis pasien mengalami penurunan (51 → 49) - Membran mukosa tampak pucat - pasien hanya makan 1/4 porsi - pasien tampak lemah - pasien tidak mampu menelan makanan karena rasa mual 	Ketidakmampuan menelan makanan	Defisit Nutrisi
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan merasa cemas - pasien mengatakan merasa cemas - pasien mengatakan merasa cemas - pasien mengeluh merasa pusing dan tidak nafsu makan selama dirawat <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak gelisah - pasien sulit tidur - pasien tampak tegang siap dilakukan tindakan medis 	Hospitalisasi	Anxietas

Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- 2) Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
- 3) Ansietas berhubungan dengan Hospitalisasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencetus fisiologis</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan dalam melakukan aktivitas meningkat - keluhan nyeri menurun - Nyeri menurun - Pola tidur membaik - frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Nyeri:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. - Identifikasi respon nyeri verbal - Monitor efek penggunaan analgetik <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - fasilitasi istirahat dan tidur - kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - porsi makan yang dihabiskan meningkat - verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat - kekuatan otot menelan meningkat - pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat - refleks makan membaik - membran mukosa membaik - Nyeri abdomen menurun 	<p>Manajemen Nutrisi:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi - Monitor asupan makanan - Monitor Berat badan <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Ansietar berhubungan dengan Hospitalisasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat ansietar menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - perilaku gelisah menurun - perilaku marah menurun - anoreksia menurun - pucat menurun - pola tidur membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi pedoman diet (mis. dg promosi makanan) - berikan makanan tinggi serat - berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi duduk saat makan - Anjurkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri). - kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan <p>Reduksi Anxiety:</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi saat timbul ansietar - monitor tanda-tanda ansietar <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan susunan terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - tononi pasien untuk mengurangi ketegangan <p>Kelemahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pahami situasi yang membuat ansietar - Dengarkan dengan penuh perhatian - gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu - latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - latih teknik relaksasi.



Diagnosa Keperawatan	Hari, Tanggal/Jam Tindakan	Implementasi	Evaluasi (Berikan Tanggal & Jam)
Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mendakan makanan.	Selasa, 21/06/2022 Pukul: 08.00 WIB.	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor asupan makan pasien Rt: pasien hanya menghabiskan 2SDM makan pagi - Memonitor Berat Badan pasien Rt: BB = 44kg. - Mengajarkan pasien untuk melakukan oral hygiene sebelum makan - Mengajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien menyatakan masalahnya yang dibicarakan - pasien menyatakan masih menurun. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak pucah - pasien hanya menghabiskan 1/4 porsi makan <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: manajemen nutrisi</p>
Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis	Selasa, 21/06/2022 Pukul: 08.30 WIB.	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan teknik relaksasi napas dalam kepada pasien tampak lebih tenang. - Mengajarkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam ketika nyeri timbul kembali. - Rt. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam - Memberikan posisi yang nyaman untuk mengurangi nyeri. - Rt: pasien memidhi posisi semi Fowler - berdiskusi dengan pemberian obat Parasetamol 1000mg Rt: Nyeri berkurang. 	<p>S: pasien menyatakan nyeri masih hilang timbul.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak mampu mengontrol rasa nyerinya. - pasien tampak lebih tenang. - skala nyeri 4. - merangsang berkeringat. <p>A: masalah belum teratasi.</p> <p>P: manajemen nyeri.</p>

Diagnosa Keperawatan	Hari, Tanggal / Jam Tindakan	Implementasi	Evaluasi
Insetas berhubungan dengan hospitalisasi	Selasa, 21/06/2022 Pukul: 09:00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan teori air prosedur yang akan dilakukan, dan efek yang akan dirasakan. RH: pasien memahami dan dapat mengontrol rasa kalungo. - Mengajarkan keluarga untuk dapat beresoni pasien RH: keluarga menemani pasien, dan pasien merasa nyaman. - Melatih teknik relaksasi nafas dalam. RH: pasien merasa lebih tenang. - Mendengarkan keluhan pasien dengan seksama. RH: pasien mengatakan rasa cemas sudah berkurang 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan rasa cemas sudah berkurang. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mampu melakukan teknik relaksasi dengan baik. - pasien tampak lebih tenang saat dilakukan tindakan. - pasien tampak lebih ceria. <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan.</p>
Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan memakan makanan	Rabu, 22/06/2022 Pukul: 15:30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan keluarga untuk memberikan makan keluarga pasien RH: pasien suka ayam goreng - Mengajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering - memonitor asupan makanan pasien RH: pasien dapat menghabiskan 1/2 porsi makan - Mengajarkan keluarga untuk memberikan pasien cemilan tinggi serat RH: keluarga pasien memberikan pasien buah apel 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nafsu makan sedikit meningkat - rasa mual berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wajah pucat berkurang - pasien menghabiskan 1/2 porsi makan. - mukosa bibir lembab - pasien tampak lebih segar. <p>A: masalah teratasi sebagian.</p> <p>(pasien masih merasa sedikit mual)</p> <p>P: melanjutkan manajemen nutrisi</p>

Diagnosa Keperawatan	Hari, Tanggal/Jam Tindakan	Implementasi	Evaluasi (Berikan Tanggal & Jam)
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Senin, 20/06/2022 22.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi: berikan obat parasetamol 100ml RH: pasien mengatakan nyeri berkurang. - memberikan kompres hangat pada perut pasien yang terasa nyeri RH: pasien mengatakan merasa nyaman dan nyeri berkurang. - memberikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri RH: nyeri berkurang. - mengukus pasien dan semi power ke suprapubik RH: pasien merasa lebih nyaman. 	<p>22.30</p> <p>S: pasien mengatakan tak nyeri berkurang</p> <p>O: skala nyeri 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - wajah meringis berkurang. - TD: 100/70mmHg - RR: 20x/m - N: <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan Manajemen Nyeri</p>
Anxietas	Senin, 20/06/2022 22.30	<ul style="list-style-type: none"> - memberikan asuhan yang nyaman saat melakukan tindakan medis. RH: pasien merasa lebih nyaman dan tenang. - mendengarkan dengan penuh perhatian terkait keluhan pasien RH: pasien mengatakan merasa tenang saat dilakukan tindakan medis, pasien mengatakan tenang dan suka - menjelaskan prosedur terkait tindakan yang dilakukan RH: pasien memahami dg baik 	<p>S: pasien mengatakan tenang merasa tenang</p> <p>O: - pasien tampak tenang saat injeksi pasien di perbaiki</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak tenang setelah diberikan pengalihan <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: - ajarkan keluarga untuk selalu menemani pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> - membangun hubungan saling percaya KEPD pasien.

Diagnosa Keperawatan	Hari, Tanggal / Jam Tindakan	Implementasi	Evaluasi
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Rabu 22/06/22 Pukul 16:00	<ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi pemberian obat parasetamol oral. Kt: nyeri pasien berkurang. - Memberikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri. Rt: pasien tampak lebih tenang, nyeri berkurang. - Mengajarkan pasien untuk tidur siang, dan meminta keluarga untuk memberikan lingkungan yang nyaman. Rt: pasien tidur siang selama 1 jam. - Memonitor skala nyeri pasien. Rt: rasa nyeri masih hilang timbul dengan skala 3-5, namun pasien mulai dapat mengontrol rasa nyerinya. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri sudah berkurang namun masih sering hilang timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - skala nyeri 3-5 - wajah merah, berlagu - pasien mampu melakukan manajemen nyeri - pasien tampak lebih tenang. <p>A: masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Anjurkan pasien untuk melakukan manajemen nyeri saat nyeri timbul.</p>
Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan untuk menelan makan	Kamis 23/06/2022 Pukul 08:00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor asupan makan pasien. Rt: pasien menghabiskan 1/2 porsi makan - Mengajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. Pt: pasien makan dengan perlahan. - Mengajarkan keluarga untuk membantu pasien pasien makan. Pt: keluarga membantu menyupai pasien. - Mengajarkan pasien untuk melakukan cemilan sehat yang pasien sukai, seperti buah. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien menyatakan rasa mulai berkurang. - keluarga pasien mengatakan pasien nafsu makan mulai membaik. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien menghabiskan 1/2 porsi makan. - wajah pasien tampak lebih segar. - bagas pasien sudah mampu berjalan di dalam kamar. <p>A: masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: manajemen nutrisi</p>

Lampiran 4 Format Pengkajian Pada Anak 2

FORMAT PENGKAJIAN PADA ANAK

Nama Mahasiswa : Restunissa Tita fadillah NPM : 214291517045
Tempat Praktek : R.Dahlia/RSMC Hari / Tanggal : 05 Desember 2022

I. DATA IDENTITAS

Nama Klien : An. A Nama Ayah : Tn. M
Tanggal Lahir : 16-04-2021 Usia Ayah : 53 thn
Usia / Jenis Kelamin : 1 thn / laki-laki Pekerjaan Ayah : TNI
Nama Ibu : Ny. N Pekerjaan Ibu : IRT
Usia Ibu : 50 thn

II. KELUHAN UTAMA

Pasien masuk dengan keluhan muntah sudah 5x, sakit kepala, dan sakit perut bagian atas.

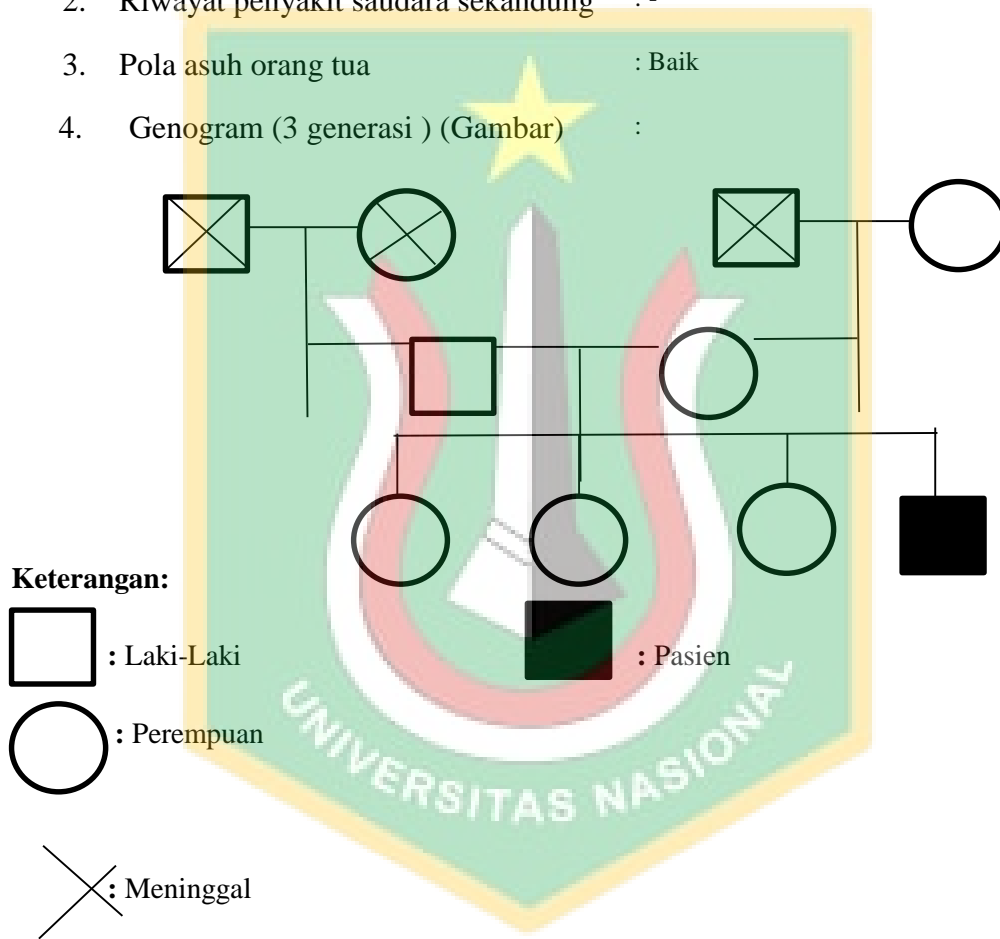
III. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

1. Riwayat pre natal : Normal
2. Riwayat antenatal : HB ibu rendah dengan nilai 9 g/dL dan melakukan olahraga jalan pagi
3. Riwayat post natal : Lahir normal
4. Riwayat Imunisasi : Imunisasi lengkap
5. Penyakit waktu kecil : Tidak ada
6. Pernah dirawat di RS : ibu mengataka pasien belum pernah dirawat di RS sebelumnya
7. Riwayat Pembedahan : Tidak ada

- 8. Riwayat Alergi : Tidak ada
- 9. Konsumsi obat : Tidak ada
- 10. Riwayat kecelakaan : Tidak ada

IV. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

- 1. Riwayat penyakit yang diturunkan : -
- 2. Riwayat penyakit saudara sekandung : -
- 3. Pola asuh orang tua : Baik
- 4. Genogram (3 generasi) (Gambar) :



V. RIWAYAT SOSIAL

1. Yang mengasuh : Orang tua
2. Hubungan dengan orang tua : Harmonis dan sangat baik
3. Hubungan dengan teman : Baik dan ramah
4. Pembawaan secara umum : Baik dan mampu bersosialisasi dengan baik
5. Lingkungan rumah : Sanitasi baik

VI. KEBUTUHAN DASAR

1. Makanan yang disukai : Sayuran wortel
Makanan yang tidak disukai : sayuran hijau
Pola makan : 3x sehari
Minuman yang disukai : susu
Pola minum : Sering
2. Mandi secara mandiri : Dibantu oleh orang tua saat di RS
Pola mandi : 2x sehari (dibantu)
Pola mencuci rambut : Tidak dilakukan di RS
Pola gosok gigi : 2x sehari (mandiri)
Pola memotong kuku : 1 minggu sekali
Pola membersihkan telinga : 2 hari sekali (dibantu)
3. Pola eliminasi fekal : BAB 1x sehari setiap pagi
Karakteristik feses : normal
Pola eliminasi urine : pasien mengtakan bak 7-10 kali sehari
tidak ada rasa sakit
Karakteristik urine : Kuning jernih

- 4. Pola istirahat-tidur : Tidur terganggu karena nyeri
 Kebiasaan sebelum tidur : Berdoa
 Tidur siang : 1-2 jam (terkadang)
- 5. Aktifitas bermain : -

VII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

- 1. Diagnosa Medis : Dyspepsia
- 2. Tindakan operasi : Tidak dilakukan Tindakan operasi
- 3. Status nutrisi : Pasien hanya mau makan 3-5 sendok dalam sekali makan
- 4. Status cairan : -
- 5. Obat-obatan : ondancentron 2x3mg, pct drip 3x3mg saat demam, cefixime 2x120mg
- 6. Aktifitas : Melakukan aktifitas diatas tempat tidur
- 7. Tindakan keperawatan
- 8. Hasil Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hemoglobin/HB	12.4 g/dL	13-17
Hematokrit/HT	37%	37-54
Leukosit	8.0 ribu/uL	5.0-10.0
Trombosit	215 ribu/uL	150-400

- 9. Hasil rontgent : -

VIII. PEMERIKSAAN FISIK

(gunakan inspeksi, palpasi, perkusi & auskultasi untuk memeriksa persistem dengan arah head to toe)

1. Keadaan Umum : Lemah
Tingkat kesadaran : CM
TB/BB/TD/S/RR/N : 133 cm/ 29 kg/ 100/70 mmHg/ 37,3°C/
21x/menit/ 116x/menit
Data lain :-

2. Kepala

Rambut : Lurus dan berminyak
Ubun-ubun : Tidak terdapat kelainan
Telinga : Bersih, simetris dan tidak terdapat
pengeluaran cairan
Mata : Simetris, konjungtiva merah muda
Hidung : Normal
Membrane mukosa mulut : Lembab
Rongga mulut : Bersih

3. Leher

Penggunaan otot bantu pernafasan : Tidak menggunakan otot bantu
Tonsil : Tidak ada
Kesimetrisan leher : Simetris dan tidak terdapat pembesaran
kelenjar tiroid
Kaku kuduk : Tidak ada
Data lain :

4. Dada

Bentuk dada : Normal

Warna kulit dada : Coklat dan bersih
Paru-paru : Perkusi: sonor, Auskultasi: vesikular,
palpasi: simetris kiri dan kanan, inspeksi:
normal
Cardio : Lup-dup
Indrawing chest : Tidak ada
Data lain :

5. Abdomen

Bentuk abdomen : Bentuk perut rata
Bising usus : 21x/menit
Turgor kulit : Kenyal dan elastis
Nyeri tekan /lepas : Tidak ada
Hepar : Tidak teraba
Gaster : Tidak terdapat masalah lambung
Data lain :

6. Punggung Bentuk

Ginjal : Normal dan tidak terdapat masalah pada
perkemihan
Paru-paru : Perkusi: sonor, Auskultasi: vesikular,
palpasi: simetris kiri dan kanan, inspeksi:
normal
Data lain :

7. Ekstrimitas atas Capilari refill : < 2 detik

Kuku : Bentuk kuku normal dan bersih
Fraktur : Tidak terdapat fraktur



Tonus otot : 5/5

Data lain :

8. Ekstremitas bawah Bentuk : Normal dan tidak terdapat oedema kaki

Kuku : Bentuk kuku normal dan bersih

Fraktur : Tidak terdapat fraktur

Tonus otot : 5/5

Data lain :

9. Genetourina Genital : Tidak terdapat masalah

Urinal : Tidak terdapat masalah

Anal : Tidak terdapat masalah

Data lain :

IX. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

1. Psiko sosial : Pasien mampu berinteraksi dengan baik di lingkungannya

2. Psiko seksual : Tidak terdapat masalah pada area reproduksi dan pasien mampu mengetahui tentang jenis kelaminnya

3. Kognitif : Baik

4. Motorik kasar : Sangat baik

5. Motorik Halus : Baik

X. ANALISA DATA

DATA SUBJEKTIF & DATA OBJEKTIF	ETIOLOGI	MASALAH
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya mengeluh nyeri dibagian perut <p>P: Dyspepsia</p> <p>Q: nyeri seperti diremas-remas</p> <p>R: nyeri di bagian perut atas</p> <p>S: Skala 6</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Frekuensi nadi meningkat - Pasien tampak gelisah - Nafsu makan menurun 	<p>Agen Cedra Kimiawi</p>	<p>Nyeri Akut</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bu pasien mengatakan anaknyan sudah muntah 5x - pasien mengatakan badannya terasa lemah <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah menurun H : TD: 70/50 mmHg - Nadi teraba Lemah - Membrane mukosa bibir kering - Volume urine menurun 	<p>Kehilangan cairan aktif</p>	<p>hipovolemia</p>

XI. DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG MUNGKIN MUNCUL

1. Nyeri akut b.d Agen Cedra Kimiawi
2. Hipovolemia b.d Kehilangan cairan aktif

XII. INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :	<ol style="list-style-type: none">1. Observasi<ul style="list-style-type: none">▪ lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri▪ Identifikasi skala nyeri▪ Identifikasi respon nyeri non verbal▪ Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri▪ Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri▪ Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri▪ Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup▪ Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan▪ Monitor efek samping penggunaan analgetik2. Terapeutik<ul style="list-style-type: none">▪ Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)▪ Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)▪ Fasilitasi istirahat dan tidur▪ Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri3. Edukasi

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri ▪ Jelaskan strategi meredakan nyeri ▪ Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri ▪ Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat ▪ Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>4. Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<p>Hypovolemia</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:</p>	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah) ▪ Monitor intake dan output cairan 2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hitung kebutuhan cairan ▪ Berikan posisi modified trendelenburg ▪ Berikan asupan cairan oral 3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral ▪ Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak 4. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. cairan NaCl, RL) ▪ Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) ▪ Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate) ▪ Kolaborasi pemberian produk

		darah
--	--	-------

XIII. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Diagnosa Keperawatan	Hari, Tanggal/jam Tindakan	Implementasi	Evaluasi (Berikan tanggal & jam)
Nyeri akut	06 Desember 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala - Mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam 	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya mengeluh nyeri dibagian perut, skala nyeri 6</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat melakukan tehnik relaksasi nafas dalam - Skala nyeri menurun menjadi 5 - Pasien tampak meringis - TD: 90/60 mmHg <p>A : nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
Hypovolemia		<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit 	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya muntah 1x sejak tadi pagi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - -nadi teraba lemah - Tekanan darah menurun 90/60 - Mukosa bibir

		<p>meningkat, haus dan lemah)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor intake dan output cairan - menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Kolaborasi pemberian cairan IV (RL) 	<p>tampak kering</p> <p>A : Masalah hypovolemia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
Nyeri akut	07 Desember 2022	<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi skala - Mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam 	<p>S: pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri menurun menjadi 3 - Pasien tampak masih meringis <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
Hypovolemia		<p>mengidentifikasi tanda dan gejala hipovolemia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor intake dan output cairan - menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Kolaborasi pemberian cairan IV (RL) 	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak muntah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - nadi teraba lemah - Mukosa bibir tampak kering - TD 100/70 <p>A : Masalah hypovolemia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
Nyeri akut	08 desember 2022	<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi skala - Mengajarka 	<p>S: pasien memngatakan nyeri sudah berkurang</p> <p>O:</p>

		<p>n tehnik relaksasi nafas dalam</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak tenang - pasien dapat melakukan tehnik relaksasi nafas dalam secara mandiri saat dirinya merasakan nyeri - skala nyeri menurun menjadi 2 <p>A: Masalah nyeri akut teratasi P: Intervensi dihentikan</p>
hipovolemia		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor intake dan output cairan - menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Kolaborasi pemberian cairan IV (RL) 	<p>S: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak merasa lemah</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi sudah tidak lemah - Tekanan darah normal 110/80 <p>A: Masalah hipovolemia teratasi P: Intervensi dihentikan</p>

Lampiran 5 Dokumentasi Kegiatan

DOKUMENTASI KEGIATAN



Lampiran 6 Biodata Penulis

BIODATA PENULIS



Nama : Restunissa Tita Fadillah
Tempat, tanggal lahir : Depok, 03 Mei 2001
NPM : 214291517045
Alamat : jl. Kenanga baru, kel abadijaya depok
No Hp : 08661748205
Email : nissarestu71@gmail.com

Pendidikan Formal

2007-2013 SDN mekarsari
2013-2015 SMP Negeri 2 Maleber
2015-2018 SMK Bhakti husada
kuningan
2018-2022 S1 Keperawatan FIKES
Universitas Nasional

Submission date: 31-Jan-2023 12:09AM (UTC-0800)

Submission ID: 2003208746

File name: 22_RESTUNISSA.pdf (493.66K)

Word count: 372

Character count: 1944



Abstract

ANALYSIS OF NURSING CARE THROUGH DEEP BREATH RELAXATION TECHNIQUE INTERVENTION FOR CHILDREN. M AND CHILDREN. A WITH DYSPEPSIA MEDICAL DIAGNOSIS AT DAHLIA WARD OF MARINIR CILANDAK HOSPITAL IN 2022

Restunissa Tita Fadillah, Diah Agrarini

Background: Dyspepsia is a medical condition characterized by pain or discomfort in the upper abdomen or solar plexus. Dyspepsia is a health problem that is very common in everyday life. Based on Riskesdas (2018) the prevalence of dyspepsia in Indonesia reaches 40-50%. In 2021 it is estimated that the incidence of dyspepsia will increase from 10 million people to 28 people, equivalent to 11.3% of the total population in Indonesia.

Objective: Analysis of nursing care through deep breathing relaxation technique intervention in child. M and child. A with acute pain nursing problems with a diagnosis of dyspepsia.

Implementation: Nursing Actions started from June 18 to June 20, 2022 for patient child. M and from 6 December to 8 December 2022 for Patient child A at the Dahlia Room, Marinir Cilandak Hospital. Implementation of deep breathing relaxation techniques was done for pain problems.

Results: Problems affecting the management of acute pain due to dyspepsia in child.M and child. A is diet. Nursing actions with intervention for 3 days with deep breathing relaxation techniques for patient child. M there was a decrease in the pain scale from 6 to 0 while in patient child. A, there was a decrease in the pain scale from 6 to 2. Alternative follow-up can be done by applying warm compresses to the pain area.

Conclusions and Suggestions: Pain scale before deep breathing relaxation technique was performed on child. M and child. A indicates a fairly high pain scale. The application of deep breathing relaxation techniques in both patients had the same response, both of them experienced a decrease in the pain scale but in child. A is not very significant. Deep breathing relaxation techniques are effective in reducing the pain scale that occurs. Parents of patients can understand and apply simple ways to deal with pain in children, while for nurses, the application of deep breathing relaxation techniques to children with pain can be used as an alternative way to reduce the pain scale.

Keywords: dyspepsia, pain, deep breathing relaxation technique.

22_RESTUNISSA pdf

ORIGINALITY REPORT

% **13**
SIMILARITY
INDEX

7%
INTERNET SOURCES

0%
PUBLICATIONS

5%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	jurnal.utb.ac.id Internet Source	7%
2	Submitted to University of Technology, Sydney Student Paper	5%

Exclude quotes Off
Exclude bibliography On

Exclude matches Off



FINAL GRADE

/0

GENERAL COMMENTS

Instructor

