

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Maslow, manusia termotivasi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan hidupnya. Kebutuhan-kebutuhan tersebut memiliki tingkatan atau hirarki, mulai dari yang paling rendah (bersifat dasar/fisiologis) sampai yang paling tinggi (aktualisasi diri) (Haswita, Reni sulistyowati, 2017).

Hierarchy of needs (hirarki kebutuhan) dari Maslow menyatakan bahwa manusia memiliki 5 macam kebutuhan, yaitu:

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam Hierarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lainnya. Adapun macam-macam kebutuhan dasar fisiologis menurut Hierarki Maslow adalah kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan temperatur tubuh dan kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan akan rasa aman

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

c. Kebutuhan akan rasa kasih sayang dan memiliki

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan,

persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial.

d. **Kebutuhan harga diri**

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. **Kebutuhan aktualisasi diri**

Kebutuhan aktualisasi diri kebutuhan aktualisasi merupakan kebutuhan tertinggi dalam piramida hierarki Maslow yang meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya.

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan (*Safety and security needs*) Ketika kebutuhan fisiologis seseorang telah terpenuhi secara layak, kebutuhan akan rasa aman mulai muncul. Keadaan aman, stabilitas, proteksi dan keteraturan akan menjadi kebutuhan yang meningkat. Jika tidak terpenuhi, maka akan timbul rasa cemas dan takut sehingga dapat menghambat pemenuhan kebutuhan lainnya (Haswita, Reni Sulistyowati, 2017).

2. Konsep kebutuhan rasa nyaman akibat nyeri

Kenyamanan merupakan suatu keadaan seseorang merasa sejahtera atau nyaman baik secara mental, fisik maupun sosial. Kenyamanan dapat dibagi menjadi tiga yaitu:

- a. Kenyamanan fisik merupakan rasa sejahtera atau nyaman secara fisik.
- b. Kenyamanan lingkungan merupakan rasa sejahtera atau nyaman yang dirasakan didalam atau dengan lingkungannya.
- c. Kenyamanan sosial merupakan keadaan rasa sejahtera atau rasa nyaman dengan situasi sosialnya.

Kenyamanan harus dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek, yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.

- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi (harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan). Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

3. Definisi Gangguan Rasa Nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan budaya dan sosialnya.

Menurut SDKI (2016) gangguan rasa nyaman merupakan perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

4. Penyebab Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku SDKI (2016) penyebab gangguan rasa aman nyaman adalah:

- a. Gejala penyakit
- b. Kurang pengendalian situasional/lingkungan
- c. Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya: dukungan finansial, sosial dan pengetahuan)
- d. Kurangnya privasi
- e. Gangguan stimulus lingkungan
- f. Efek samping terapi (misalnya: medikasi, radiasi, kemoterapi)
- g. Gangguan adaptasi kehamilan

5. Gejala Dan Tanda Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku PPNI (2016) gejala dan tanda gangguan rasa nyaman adalah:

- a. Mengeluh tidak nyaman
- b. Mengeluh mual
- c. Mengeluh ingin muntah

6. Jenis Gangguan Rasa Nyaman

Menurut (Mardella, Ester, Riskiyah & Mulyaningrum, 2013) gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasakan sensasi yang tidak nyaman selama kurang dari 6 bulan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurung waktu lebih dari 6 bulan.

c. Mual

Mual merupakan keadaan pada saat individu mengalami sensasi yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa menimbulkan muntah.

7. Konsep Dasar Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Menurut beberapa ahli, nyeri diartikan sebagai berikut:

- 1) Nyeri sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 2) Nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 3) Nyeri merupakan suatu mekanisme produksi tubuh, timbul ketika jaringan sedang di rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.

4) Nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional, (Scrumum).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah suatu pengalaman sensori yang tidak menyenangkan dan menyakitkan bagi tubuh sebagai respon karena adanya kerusakan atau trauma pada jaringan maupun gejala psikologis yang diungkapkan secara subjektif oleh individu yang mengalaminya (Kasiati & Wayan, 2016).

b. Fisiologi nyeri

Terjadinya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, yang merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin, yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada vicera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti bradikinin, histamine, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik, atau mekanis (Kasiati & Wayan, 2016).

c. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi enam bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Hal yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis. Ditinjau dari sifat

terjadinya, nyeri dapat dibagi ke dalam beberapa kategori, di antaranya nyeri tertusuk dan nyeri terbakar.

1) Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Klasifikasi ini berdasarkan pada waktu atau durasi terjadinya nyeri.

a) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Nyeri akut akan berhenti dengan sendirinya dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan (Andarmoyo, 2013).

b) Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung berkepanjangan, berulang atau menetap selama lebih dari enam bulan. Sumber nyeri dapat diketahui atau tidak. Umumnya nyeri ini tidak dapat disembuhkan. Nyeri kronis dapat dibagi menjadi beberapa kategori, antara lain nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikoso, etis (Haswita & Sulistyowati 2017).

Tabel 2.1
Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Satu kejadian	Suatu situasi, eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Kurang dari 3 bulan	6 bulan lebih sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga dievaluasi
Gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala lebih jelas	Pola respons yang bervariasi dengan gejala (adaptasi)

Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber: Barbara C Long, 1989

2) Klasifikasi nyeri berdasarkan asal

a) Nyeri Nosiseptif

Nyeri Nosiseptif adalah nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantar stimulus *noxious*. Nyeri nosiseptif perifer dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat dan lain-lain. Hal ini dapat terjadi pada nyeri post operatif dan kanker. Dilihat dari sifat nyerinya maka nyeri nosiseptif merupakan nyeri akut yang mengenai daerah perifer dan letaknya lebih terlokalisasi (Andarmoyo, 2013).

b) Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral. Berbeda dengan nyeri nosiseptif, nyeri neuropatik bertahan lebih lama dan merupakan proses input saraf sensorik yang abnormal oleh sistem saraf perifer.

Nyeri ini lebih sulit diobati. Pasien akan mengalami nyeri seperti terbakar, *tingling*, *shooting*, *shock like*, *hipergesia*, atau *allodynia*. Nyeri neuropatik dari sifat nyerinya merupakan nyeri kronis (Andarmoyo, 2013).

d. Respon terhadap nyeri

1) Respon fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medula spinalis menuju ke Batang otak dan thalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stress. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang, dan nyeri yang superfisial menimbulkan reaksi (*flight* atau *fight*), yang merupakan sindrom adaptasi umum.

Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus-menerus secara tipikal akan melibatkan organ-organ visceral, sistem saraf parasimpatis menghasilkan suatu suatu aksi. Respon fisiologis terhadap nyeri sangat membahayakan individu. Kecuali pada kasus-kasus nyeri berat yang menyebabkan individu mengalami syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi yaitu tanda-tanda fisik kembali normal. Dengan demikian klien yang mengalami nyeri tidak akan selalu memperlihatkan tanda-tanda fisik (Andri Stiya Wahyudi & Abd, Wahid).

2) Respon perilaku

Sensasi nyeri terjadi ketika merasakan nyeri. Gerakan tubuh yang khas dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri dapat ditunjukkan oleh pasien sebagai respon perilaku terhadap nyeri. Respon tersebut seperti mengkerutkan dahi, gelisah, memalingkan wajah ketika diajak bicara.

e. Faktor yang mempengaruhi nyeri.

Pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya sebagai berikut:

1. Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, lingkungan, dan pengalaman.

2. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi memicu stimulasi nociceptor ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.

3. Toleransi Nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat memengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

4. Reaksi terhadap Nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

f. Efek yang disebabkan oleh nyeri

1) Tanda dan gejala fisik

Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada pasien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom. Saat awutan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernafasan meningkat.

2) Efek perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vokal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien seringkali meringis, mengenyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi, mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri.

g. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin, seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan hygienen normal dan dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual.

h. Penanganan nyeri

1) Farmakologi

a) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kafein. Narkotika dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengadakan ikatan dengan reseptor opiat dan mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Namun, penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernafasan di medula batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernafasan jika menggunakan analgesik jenis ini (Andri & Wahid, 2016).

b) Analgesik non narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan Ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek antiinflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi. Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus dan pendarahan (Andri & Wahid, 2016).

2) Non farmakologi

a) Relaksasi progresif

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stress. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol dari ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik, dan emosi pada nyeri (Andri & Wahid, 2016).

b) Stimulasi kutaneus placebo

Placebo merupakan zat tanpa kegiatan farmakologi dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan unjeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri darilarutan gula, larutan salin normal, atau air biasa (Adri & Wahid,2016).

c) Teknik distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkann nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami (Andri& Wahid, 2016).

i. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambar tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengkajian keperawatan pada individu yang mengalami nyeri dapat menggunakan alat-alat pengkajian nyeri untuk mengkaji persepsi nyeri seseorang. Alat tersebut dapat digunakan untuk mendokumentasikan kebutuhan intervensi, untuk mengevaluasi efektivitas intervensi dan untuk mengidentifikasi kebutuhan akan intervensi tambahan jika intervensi tidak efektif dalam meredakan nyeri individu (Smeltzer & Bare, 2002). Alat ukur skala nyeri yang dapat digunakan antara lain:

a. *Visual Analog Scale (VAS)* dan *Numeric Rating Scale (NRS)*

Penggunaan skala ini dengan cara pasien diminta untuk memberikan tanda pada garis angka yang menunjukkan intensitas nyeri yang dirasakan. Pada VAS, pemberian tanda semakin ke kiri berarti semakin tidak nyeri dan sebaliknya.

Sementara pada NRS angka 0 menyatakan tidak nyeri dan angka 10 menandakan nyeri yang sangat berat.



Sumber: Wahyudi dan Wahid,2016

Gambar 2.1
Numeric Rating Scale (NRS)

Keterangan:

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan (bisa ditoleransi dengan baik/ tidak mengganggu Aktivitas)
- 4-6 : Nyeri sedang (mengganggu aktivitas fisiik)
- 7-9 : Nyeri berat (tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri)
- 10 : Nyeri sangat berat (malignan/nyeri sangat hebat dan tidak berkurang dengan terpai/obat-obatan pereda nyeri dan tidak dapat melakukan aktivitas.

b. *Face Rating Scale*

Skala ini digunakan untuk evaluasi nyeri pada pasien pediatrik. Skala ini menggambarkan sketsa wajah masing- masing dengan nilai angka, dimulai dengan ekspresi senang, senyum sampai dengan sedih dan menangis dengan tidak nyeri sampai nyeri yang sangat parah.



Sumber: Asmadi (2008)

Gambar 2.2
Face Rating Scale

Keterangan:

- Ekspresi wajah 0 : Tidak merasa nyeri sama sekali
- Ekspresi wajah 2 : Nyeri hanya sedikit
- Ekspresi wajah 4 : Sedikit lebih nyeri
- Ekspresi wajah 6 : Jauh lebih nyeri
- Ekspresi wajah 8 : Jauh lebih nyeri sangat
- Ekspresi wajah 10 : Sangat nyeri luar biasa saat penderita menangis

c. Skala Nyeri dengan Observasi Perilaku

Tabel 2.2
Skala Nyeri dengan Observasi Perilaku

Keterangan	Skor: 1	Skor: 2	Skor: 3
Muka	Tidak ada ekspresi atau senyuman tertentu, tidak	Wajah menyeringai, dahi berkerut. menyendiri	Sering dahi tidak konstan rahang menegang, dagu gemeter
Kaki	Rileks	Gelisah resah dan menegang	Menendang atau kaki menghentak
Aktivitas	Berbaring posisi normal, mudah bergerak	Menggeliat, menaikkan punggung dan maju, menegang	Menekuk, kaku atau menghentak
Menangis	Tidak menangis (saat bangun maupun saat tidur)	Merintih atau merengek, kadang-kadang mengeluh	Menangis keras, berpekek dan sering mengeluh
Hiburan	Isi rileks	Kadang-kadang hati tentram dengan sentuhan, memeluk berbicara untuk mengalihkan perhatian	Kesulitan untuk menghibur atau kenyamanan

Sumber: Skala Nyeri Observasi Perilaku (Saryono, 2010)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan pertama dalam proses keperawatan. Tahap pengkajian merupakan proses dinamis yang terorganisasi, meliputi empat elemen dan pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilih, dan mengatur data dan mendokumentasikan data dalam format, tujuan pengkajian adalah di dapatkannya data yang komprehensif yang mencakup data biopsikospiritual. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, selanjutnya akan berpengaruh terhadap perencanaan keperawatan (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

Menurut (Tucker 1998), pengkajian pada klien dispepsia berupa identitas klien dan keluarga, Nama, umur, tempat tanggal lahir, nomor register masuk, pekerjaan, agama, Pendidikan, alamat kemudian keluhan utama biasanya klien datang ke rumah sakit dengan keluhan nyeri ulu hati.

Nyeri ulu hati ini bisa diikuti oleh gejala tidak khas lainnya seperti mual, Perasaan penuh setelah makan, muntah, cepat kenyang, tidak nafsu makan dan kembung setelah makan. Adakah riwayat kesehatan dahulu, adanya menderita penyakit dispepsia sebelumnya. Keadaan kesehatan saat ini klien mengeluh nyeri di bagian ulu hati, dan mual. Adakah riwayat keluarga menderita dispepsia dalam keluarga.

Pada pemeriksaan fisik di dapatkan tanda berupa keadaan umum apakah klien tampak lemah sampai sakit berat. Tanda-tanda vital tekanan darah menurun atau tidak, frekuensi nadi meningkat, suhu bisa meningkat atau tidak. Kulit apakah teraba dingin, keringat berlebihan. Mata apakah ada kelaianan bentuk mata, konjungtiva anemis, dan reflek cahaya.

2. Diagnosis Keperawatan

Dari analisis pengkajian di dapatkan diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus dispepsia yaitu (Ida,2016) (SDKI DPP PPNI 2017).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (nyeri ulu hati)
- b. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
- c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

3. Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga, dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami pasien. Tahap perencanaan ini memiliki beberapa tujuan penting, diantaranya sebagai alat komunikasi antar sesama perawat dan tim kesehatan lainnya, meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan bagi pasien, serta mendokumentasikan proses dan kriteria hasil asuhan keperawatan yang ingin dicapai. Unsur terpenting dalam tahap perencanaan ini adalah membuat orioritas urutan diagnosa keperawatan, merumuskan tujuan, merumuskan kriteria evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan (Asmadi, 2008).

Tabel 2.3
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun. 3. Gelisah menurun. 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri. 8. Monitor keberhasilan terapi 9. Komploment yang sudah diberikan. 10. Monitor efek samping penggunaan analgesik. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur. 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat.

			<p>4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu
2	Gangguan Pola Tidur	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan Pola tidur membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur meningkat. 2. Keluhan sering terjaga meningkat. 3. Keluhan tidak puas tidur meningkat. 	<p>Memberikan Dukungan Tidur</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misal kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan tidur 3. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur dan menghindari makanan minuman yang mengganggu tidur. 4. Anjurkan menepati waktu tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Anjurkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Gaya hidup, atau psikologis) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

3	<p>Risiko Defisit Nutrisi</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan status nutrisi membaik. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan meningkat 2. Nyeri ulu hati menurun 3. Mual menurun 	<p>Risiko Defisit Nutrisi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral <i>hygiene</i> sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat 5. untuk mencegah konstipasi 6. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 7. Berikan suplemen makanan, jika perlu 8. Hentikan pemberian makanan, jika perlu 9. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
---	-------------------------------	---	--

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 2.4
Implementasi Keperawatan Pada Ny.S
di Rumah Sakit Polda Lampung

Diagnosa	Implementasi
Nyeri Akut	<p>Obervasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi kualitas , dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Memfasilitasi istirahat dan tidur 4. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 3. Menjnjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Mengnjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu

Gangguan Pola Tidur	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1.Mengidentisikasi pola aktivitas dan tidur2.Mengidentifikasi faktor penganggu tidur3.Mengidentifikasi makanan/minuman yang mengganggu tidur4.Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none">1.Memodifikasi lingkungan2.Membatasi waktu tidur siang3.Memfisolitasi menghilangkan stres sebelum tidur4.Menetapkan jadwal tidur rutin5.Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan6. Menyesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selaama sakit2. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur3. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang menggagu tidur4. Menganjurkan menggunakan obat tidur yang tidak mengandungsupresor terhadap tidur REM5. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur6. Mengajarkan relaksasi otot outogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
---------------------	---

<p>Risiko Defisit Nutrisi</p>	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Mengidentifikasi makanan yang disukai 4. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Memonitor asupan makanan 7. Memonitor berat badan 8. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Memberikan suplemen makanan, jika perlu 7. Menghentikan pemberian makanan, jika perlu 8. Menghentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan posisi duduk, jika mampu 2. Mengajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), jika perlu 2. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
-------------------------------	---

5. Evaluasi Keperawatan

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Dispepsia

Dispepsia adalah rasa nyeri atau tidak nyaman di bagian ulu hati. Kondisi ini dianggap gangguan tubuh yang diakibatkan reaksi tubuh terhadap lingkungan sekeliling. Reaksi ini menimbulkan gangguan ketidakseimbangan metabolisme, dan seringkali menyerang usia produktif, yakni usia 30-50 tahun (Arif dan Sari,2011).

Dispepsia merupakan suatu sindrom (kumpulan gejala atau keluhan) yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati (daerah lambung), kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, rasa penuh. Keluhan ini tidak selalu pada setiap penderita (Sofro dan Anurogo, 2013).

2. Etiologi Dispepsia

Beberapa perubahan dapat terjadi pada saluran cerna atau akibat proses penuaan, terutama pada ketahanan mukosa lambung. Kadar asam lambung lansia biasanya mengalami penurunan hingga 85%.

Dispepsia dapat disebabkan oleh kelainan organik, yaitu:

- a. Gangguan penyakit dalam lumen saluran cerna: tukak gaster atau duodenum, gastritis, tumor, infeksi bakteri *Helicobacter Pylori*.
- b. Obat-obatan: anti inflamasi non steroid (OAINS), aspirin, beberapa jenis antibiotic, digitalis, teofilin dan sebagainya.
- c. Penyakit pada hati, pancreas, maupun pada sistem bilier seperti hepatitis, pankreatitis, kolesistitis kronik.
- d. Penyakit sistemik seperti diabetes melitus, penyakit thypoid, penyakit jantung coroner.

3. Tanda dan Gejala Dispepsia

Lambung menghasilkan asam pepsin yang sifatnya mencerna semua jaringan hidup termasuk mukosa lambung dan duodenum. Meskipun lambung dan duodenum dilindungi oleh barier epitel dari autodigesti, pengaruh obat-obatan, alkohol atau garam empedu akan merusak sistem barier mukosa epitel sehingga menurunkan faktor resistensi. Stres, faktor psikis, lingkungan, dan obat-obatan mengandung kafein juga akan berpengaruh pada sekresi asam lambung. Peningkatan tersebut akan mencerna sistem barier mukosa epitel (autodigesti) sehingga menyebabkan tukak lambung lalu timbul gejala dispepsia.

4. Manifestasi Klinis Dispepsia

Tanda dan gejala klinis dispepsia antara lain :

- a. Nyeri ulu hati dan dada
- b. Perasaan penuh setelah makan
- c. Mual
- d. Muntah
- e. Cepat kenyang
- f. Tidak nafsu makan
- g. Sering sendawa
- h. Kembung setelah makan

5. Klasifikasi Dispepsia

Berdasarkan penyebabnya, dispepsia dibedakan menjadi dua jenis, yaitu dispepsia organik dan dispepsia fungsional (Hadi, 2001).

a. Dispepsia organik

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

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

- 2) Dispepsia tidak tukak. Gejalanya sama dengan dispepsia tukak, bisa pada pasien gastritis, duodenitis, tetapi pada pemeriksaan tidak ditemukan tanda-tanda tukak.
- 3) Refluks gastroesofagus. Gejala berupa rasa panas di dada dan regurgitasi terutama setelah makan.
- 4) Penyakit saluran empedu. Keluhan berupa nyeri mulai dari perut kanan atas atau ulu hati yang menjalar ke bahu kanan dan punggung.
- 5) Karsinoma
 - a) Kanker esofagus. Keluhan berupa disfagia, tidak bisa makan, perasaan penuh di perut, penurunan berat badan, anoreksia, adenopati servikal, dan cegukan setelah makan.
 - b) Kanker lambung. Jenis yang paling umum terjadi adalah adenokarsinoma atau tumor epitel. Keluhan berupa rasa tidak nyaman pada epigastrik, tidak bisa makan, dan perasaan kembung setelah makan.
 - c) Kanker pankreas. Gejala yang paling umum antara lain penurunan berat badan, ikterik, dan nyeri daerah punggung atau epigastrik.
 - d) Kanker hepar. Gejala berupa nyeri hebat pada abdomen dan mungkin menyebar ke skapula kanan, penurunan berat badan, epigastrik terasa penuh, dan anoreksia.
 - e) Obat-obatan. Golongan *Non Steroid Inflammatory Drugs* (NSID) dengan keluhan berupa rasa sakit atau tidak enak di daerah ulu hati, disertai mual dan muntah.
 - f) Pankreatitis. Keluhan berupa nyeri mendadak yang menjalar ke punggung, perut terasa makin tegang dan kencang.
 - g) Sindrom malabsorpsi. Keluhan berupa nyeri perut, mual, anoreksia, sering flatulensi dan perut kembung.
 - h) Gangguan metabolisme. Sebagai contoh diabetes dengan neuropati sering timbul komplikasi pengosongan lambung yang lambat sehingga menimbulkan mual, vomitus, perasaan lekas kenyang. Hipertiroid menimbulkan

b. Dispepsia fungsional

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

- 1) Faktor asam lambung pasien. Pasien biasanya sensitif terhadap kenaikan produksi asam lambung dan hal tersebut menimbulkan nyeri.
- 2) Kelainan psikis, stres, dan faktor lingkungan. Stres dan faktor lingkungan diduga berperan pada kelainan fungsional saluran cerna, menimbulkan gangguan sirkulasi, motilitas, dan vaskularisasi.
- 3) Gangguan motilitas. Mekanisme timbulnya gejala dispepsia mungkin dipengaruhi oleh susunan saraf pusat, gangguan motilitas di antaranya pengosongan lambung lambat, abnormalitas kontraktif, refluks gastroduodenal.
- 4) Penyebab lain-lain, seperti adanya kuman *Helicobacter pylori*, gangguan motilitas atau gerak mukosa lambung, konsumsi banyak makanan berlemak, kopi, alkohol, rokok, perubahan pola makan dan pengaruh obat-obatan yang dimakan secara berlebihan dan dalam waktu lama (Arif dan Sari, 2011).

6. Pemeriksaan Penunjang Dispepsia

Pemeriksaan penunjang harus bisa menyingkirkan kelainan serius terutama kanker lambung, sekaligus menegakkan diagnosa bila mungkin sebagian besar pasien memiliki resiko kanker yang rendah dan dianjurkan untuk terapi empiris tanpa endoskopi, berikut merupakan pemeriksaan penunjang:

- a. Radiologi: foto lambung dan duodenum dengan kontras.
- b. Pemeriksaan Endoskopi bagian atas (EGD)
- c. Pemeriksaan untuk *Helicobacterium Pylori*.
- d. *Ultrasonografi* (USG)
- e. Pemeriksaan Laboratorium:
 - 1) Cek kadar gula darah
 - 2) Cek urinalis: warna kuning jernih

3) Pemeriksaan hematologi: leukosit, hemoglobin, trombosit, hematokrit.

7. Patofisiologi dan *Patway*

a. Patofisiologi Dispepsia

Patofisiologi dispepsia hingga kini masih belum sepenuhnya jelas dan penelitian-penelitian masih terus dilakukan terhadap faktor-faktor yang dicurigai memiliki peranan bermakna, seperti Abnormalitas fungsi motorik lambung (khususnya keterlambatan pengosongan lambung, hipomotilitas antrum, hubungan antara volume lambung saat puasa yang rendah dengan pengosongan lambung yang lebih cepat, serta gastric compliance yang lebih rendah), infeksi *Helicobacter pylori* dan faktor-faktor psikososial, khususnya terkait dengan gangguan cemas dan depresi.

a. Sekresi lambung

Peningkatan sensitivitas mukosa lambung dapat terjadi akibat pola makan yang tidak teratur. Pola makan yang tidak teratur akan membuat lambung sulit untuk beradaptasi dalam pengeluaran sekresi asam lambung. Jika hal ini berlangsung dalam waktu yang lama, produksi asam lambung akan berlebihan sehingga dapat mengiritasi dinding mukosa pada lambung.

b. Dismotilitas Gastrointestinal

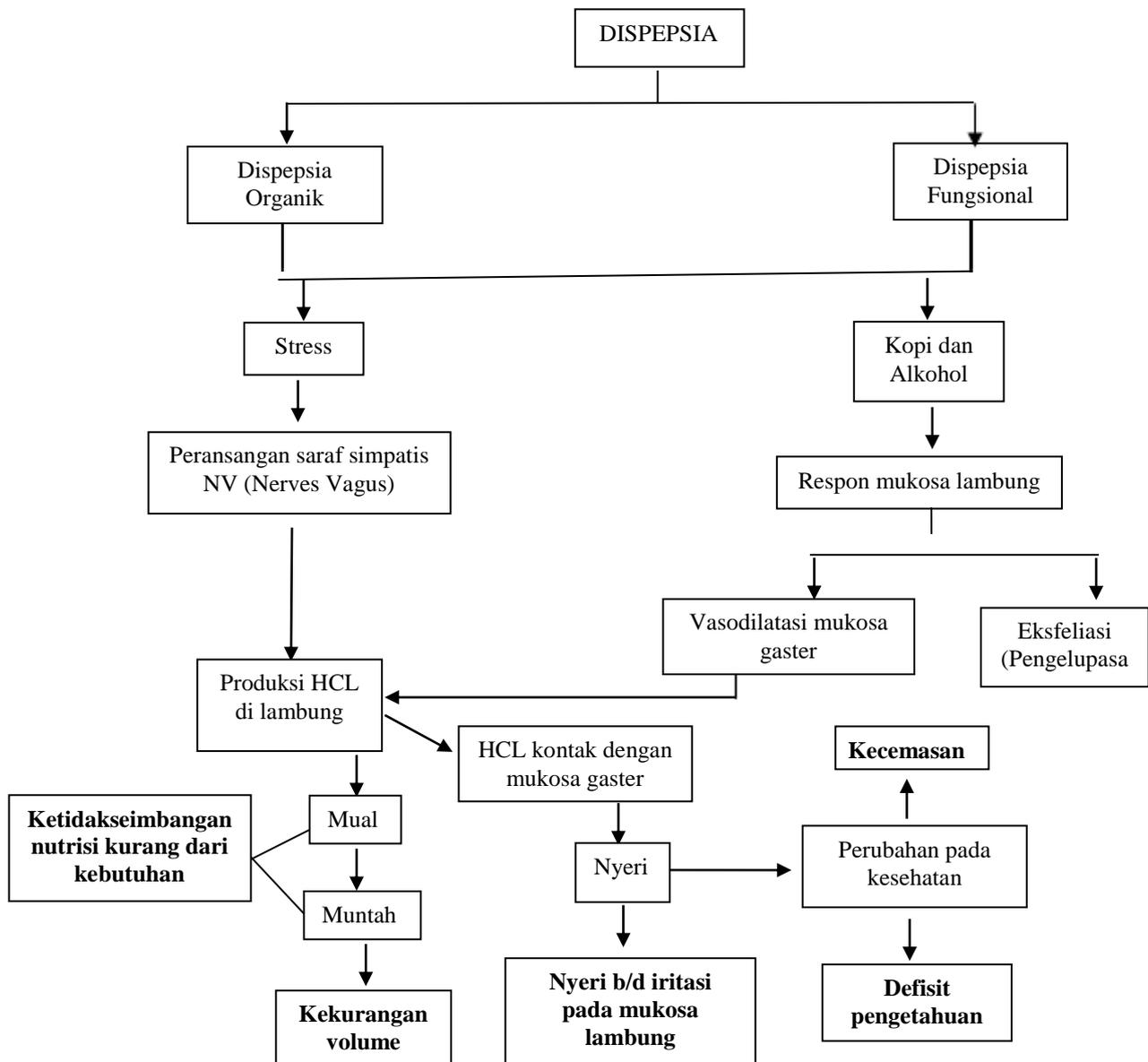
Berbagai studi melaporkan bahwa pada dispepsia fungsional terjadi perlambatan pengosongan lambung, adanya hipomotilitas antrum (sampai 50% kasus), gangguan akomodasi lambung saat makan, dan hipersensitivitas gaster. Salah satu dari keadaan ini dapat ditemukan pada setengah atau dua pertiga kasus dispepsia fungsional. Perlambatan pengosongan lambung terjadi pada 25-80% kasus dispepsia fungsional dengan keluhan seperti mual, muntah, dan rasa penuh di ulu hati.

c. *Helicobacter pylori*

Peran infeksi *Helicobacter pylori* pada dispepsia fungsional belum sepenuhnya dimengerti dan diterima. Kecepatan infeksi *H. pylori* terdapat sekitar 50% pada dispepsia fungsional dan tidak

berbeda pada kelompok orang sehat. Mulai terdapat kecenderungan untuk melakukan eradikasi *H. pylori* pada dispepsia fungsional dengan *H. pylori* positif yang gagal dengan pengobatan konservatif baku.

b. *Patway* Dispepsia



Sumber : (Ida M, 2016)

Gambar 2.3
Pathway

8. Penatalaksanaan Dispepsia

Penatalaksanaan dispepsia mencakup pengaturan diet dan pengobatan medis, antara lain sebagai berikut:

- a. Membatasi konsumsi makanan yang dapat menyebabkan terjadinya dispepsia seperti mengkonsumsi makanan pedas, minuman kafein dan beralkohol
- b. Makan dalam porsi kecil tetapi sering dan dianjurkan untuk makan 5-6 kali dalam sehari
- c. Menghindari penggunaan atau konsumsi anti nyeri seperti aspirin dan ibu profen. Gunakan anti nyeri lain yang lebih aman bagi lambung seperti parasetamol
- d. Mengontrol stres dan rasa cemas
- e. Antasida
- f. Penghambat pompa proton (PPI). Golongan obat ini dapat mengurangi produksi asam lambung
- g. Prokinetik dapat membantu proses pengosongan lambung
- h. Antibiotik. Pemberian dilakukan jika dispepsia disebabkan oleh infeksi
- i. Anti-depressants atau anti-anxiety dapat digunakan untuk menghilangkan rasa tidak nyaman yang disebabkan oleh dispepsia dengan menurunkan sensasi nyeri yang dialami
- j. Psikoterapi