

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1) Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan, dalam mengaplikasikan kebutuhan dasar manusia pada saat memperhatikan pelayanan keperawatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut (Haswita & Sulistyowati, 2017) dalam teori Hierarki kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dikenal dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

a. Kebutuhan fisiologis (*Physiological Needs*)

Kebutuhan paling dasar pada setiap orang adalah kebutuhan fisiologis yakni kebutuhan untuk mempertahankan hidupnya secara fisik. Kebutuhan-kebutuhan itu seperti kebutuhan akan makanan, minuman, tempat berteduh, tidur dan oksigen (sandang, pangan, papan).

b. Kebutuhan akan rasa aman (*Safety/Security Needs*)

Kebutuhan akan rasa aman ini diantaranya adalah rasa aman fisik, stabilitas, ketergantungan, perlindungan dan kebebasan dari dayadaya mengancam seperti kriminalitas, perang, terorisme, penyakit, takut, cemas, bahaya, kerusuhan dan bencana alam. Serta kebutuhan secara psikis yang mengancam kondisi kejiwaan seperti tidak diejek, tidak direndahkan, tidak stres, dan lain sebagainya.

c. Kebutuhan akan rasa memiliki dan kasih Sayang (*Social Needs*)

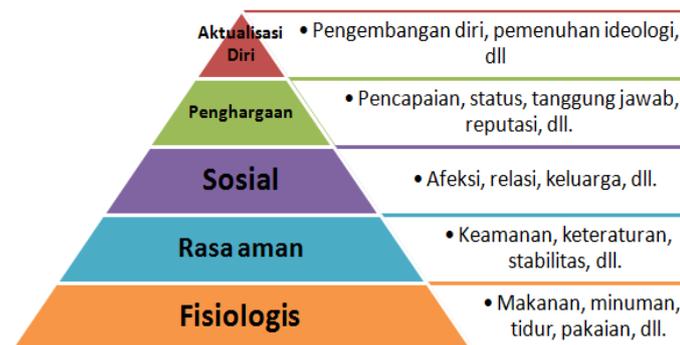
Kebutuhan akan cinta, kasih sayang dan rasa memiliki di milik. Bentuk akan pemenuhan kebutuhan ini seperti bersahabat, keinginan memiliki pasangan dan keturunan, kebutuhan untuk dekat pada keluarga dan kebutuhan antarpribadi seperti kebutuhan untuk memberi dan menerima cinta.

d. Kebutuhan akan penghargaan (*Esteem Needs*)

Kebutuhan penghargaan yaitu kebutuhan yang lebih rendah dan lebih tinggi. Kebutuhan yang rendah adalah kebutuhan untuk menghormati orang lain, kebutuhan akan status, ketenaran, kemuliaan, pengakuan, perhatian, reputasi, apresiasi, martabat, bahkan dominasi.

e. Kebutuhan akan aktualisasi diri (*Self-actualization Needs*)

Aktualisasi diri yaitu kebutuhan untuk membuktikan dan menunjukkan dirinya kepada orang lain. Kebutuhan aktualisasi diri adalah kebutuhan yang tidak melibatkan keseimbangan, tetapi melibatkan keinginan yang terus menerus untuk memenuhi potensi. Maslow menuliskan kebutuhan ini sebagai hasrat untuk semakin menjadi diri sepuh kemampuannya sendiri, menjadi apa saja menurut kemampuannya.



Gambar 1
Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow
Sumber: Haswita & Sulistyowati R, 2017

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri)

a. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual, di katakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain, ini lah dasar dari perawat dalam mengatasi rasa nyeri pada pasien. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu

kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis dan lain-lain (Sutanto& Fitriana, 2022).

Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI PPNI,2018). Sensasi nyeri yang dirasa tergantung pada persepsinya, Persepsi setiap pasien terhadap nyeri berbeda-beda tergantung nilai ambang batas nyerinya. Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual. Nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda.

b. Penyebab Nyeri

Meurut Hidayat & Uliyah, 2014 penyebab nyeri sebagai berikut:

- 1) Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- 2) Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri
- 3) Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri
- 4) Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blockade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat
- 5) Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

c. Fisiologi Nyeri

Menurut (Haswita & Sulistyowati, 2017) saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi.

- 1) Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (*receptor*) terkait.

- 2) Proses berikutnya, yaitu transmisi dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (*ascendens*), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus, yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.
- 3) Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetik seperti morfin.
- 4) Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang di transmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas, sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya.

d. Klasifikasi Nyeri

Menurut (Ruminem, 2021) klasifikasi nyeri ada dua yaitu jenis nyeri dan bentuk nyeri., dapat dijelaskan sebagai berikut:

Nyeri dapat diklasifikasikan kedalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri dan waktu lamanya serangan.

- 1) Nyeri berdasarkan tempatnya
 - a) *Pheriperal pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada mukosakulit.
 - b) *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
 - c) *Referred pain*, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan kebagian tubuh didaerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
 - d) *Central pain*, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus dan lain-lain.

- 2) Nyeri berdasarkan sifatnya
 - a) *Incidental pain*, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang. *Steady pain*, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
 - b) *Paroxysmal pain*, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap sekitar menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.
- 3) Nyeri berdasarkan berat-ringannya
 - a) Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
 - b) Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
 - c) Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi
- 4) Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan
 - a) Nyeri akut

Nyeri akut adalah kondisi sakit dan tidak nyaman yang biasanya muncul tiba-tiba dan hanya terjadi sebentar. Kondisi nyeri akut umumnya terjadi akibat ada cedera di jaringan tubuh seperti tulang, otot, maupun organ dalam. Keperahan nyeri akut dapat terasa ringan hingga parah, dan biasanya paling lama hanya terjadi dalam beberapa hari. Namun, ada juga nyeri akut yang bisa menjadi berkepanjangan. Ini biasanya dipicu ketika penyebab utama nyeri akut tidak diatasi dengan baik sedari awal alhasil, penyakit atau cedera penyebab nyeri semakin memburuk kondisinya untuk meredakan nyeri akut, pasien bisa minum obat pereda nyeri seperti ibuprofen atau paracetamol. Obat-obatan ini dapat meredakan nyeri saat terjatuh, saat sakit gigi, saat nyeri terkilir, atau bahkan nyeri saat terluka apabila nyeri tidak kunjung membaik setelah minum obat segera ke dokter untuk diagnosis penyakit lebih lanjut.

b) Nyeri kronis

Nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan, nyeri kronis ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 12 minggu.

5) Jenis nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral dan nyeri psikogenik.

a) Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:

(1) Nyeri superfisial:

Rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.

(2) Nyeri viseral:

Rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks.

(3) Nyeri alih:

Nyeri yang dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

b) Nyeri sentral

Nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.

c) Nyeri psikogenik

Nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui, Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologi.

6) Bentuk nyeri

Menurut (Haswita & Sulistyowati, 2017) bentuk nyeri dapat dibedakan mejadi nyeri akut dan nyeri kronik.

Tabel 1
Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronik

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal dan penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahan,

		bersembunyi
Durasi	Sampai 3-6 bulan	6 bulan atau sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri susah dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit dievaluasi
Gejala Klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
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: Haswita & Sulistyowati, 2017.

e. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan, yang ditemukan di antara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan.

2) Jenis kelamin

Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin, di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyeri nya pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan.

3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

4) Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

5) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas sering kali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkit anotonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

6) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah, kehadiran orang tua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri. (Haswita & Sulistyowati,2017).

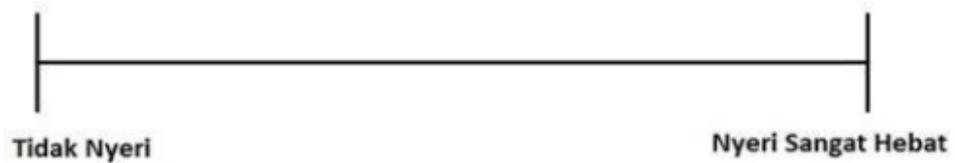
h. Pengkajian Nyeri

Metode pengkajian nyeri meliputi PQRST (*Provokatif, Quality, Region, Severity dan Timing*). *Provokatif*: penyebab timbulnya nyeri; *Quality*: kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri tajam, nyeri dalam, nyeri tumpul, rasa terbakar, dan lain-lain, *Region/radiation*: lokasi nyeri dan penyeberan nyeri yang dirasakan, *Severity*: tingkat nyeri yang di ukur dengan skala nyeri dan *Timing*: waktu terjadinya nyeri, lama dan interval nyeri.

1) Pengukuran intensitas

Intensitas nyeri (skala nyeri) adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Intensitas nyeri seseorang dapat diukur dengan menggunakan skalanyeri. Skala nyeri tersebut adalah:

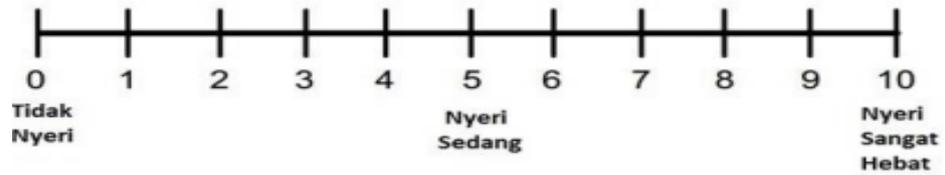
a) *Visual Analog Scale (VAS)*



Gambar 2: Skala Nyeri
Sumber: Ruminem, 2021

Visual analog scale adalah alat ukur lainnya yang digunakan untuk memeriksa intensitas nyeri dan secara khusus meliputi 10-15 cm garis, dengan ujung kiri diberi tanda *no pain* dan ujung kanan diberitanda *bad pain*(nyeri hebat). *VAS* merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi pasien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. *VAS* dapat merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka dalam hal ini, pasien atau orang yang akan diperiksa diinformasikan terlebih dahulu hingga paham. Oleh sebab itu, skala nyeri ini hanya untuk anak di atas 8 tahun dan dewasa, tidak cocok bagi orang yang memiliki gangguan kesadaran dan konsentrasi, misalnya pasca operasi.

b) Numeral Rating Scale (NRS)



Gambar 3: Skala Nyeri
Sumber: Ruminem, 2021

Suatu alat ukur yang meminta pasien untuk menilai rasa nyerinya sesuai dengan level intensitas nyerinya pada skala numeral dari 0 –10. Angka 0 berarti *no pain* dan 10 berarti *severe pain* (nyeri hebat) *Numeric Rating Scale* lebih digunakan sebagai alat pendeskripsi kata. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik, ketika menggunakan *Numeric Rating Scale*, skala 0-3 mengindikasikan nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, dan 7-10 nyeri hebat. Skala nyeri *NRS* ini lebih baik daripada *VAS* terutama untuk menilai nyeri akut namun, memiliki keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.

Pengukuran derajat nyeri yaitu:

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan
- 4-6 : Nyeri sedang
- 7-10 : Nyeri berat.

c) Faces Pain Score



Gambar 4: Skala Nyeri
Sumber: Ruminem, 2021

Terdiri dari 6 gambar skala wajah kartun yang bertingkat dari wajah yang tersenyum untuk tidak ada nyeri sampai wajah yang berlinang air mata untuk nyeri paling buruk. Metode pengukuran skala nyeri ini digunakan untuk pasien anak dan pemeriksa yang menentukannya setiap tampilan ekspresi wajah menunjukkan hubungan yang erat dengan nyeri yang dirasakan, termasuk alis turun kebawah, bibir diketatkan/pipi dinaikkan, kerutan hidung/bibir dinaikan, dan mata tertutup kelebihan dari skala wajah ini yaitu anak dapat menunjukkan sendiri rasa nyeri dialaminya sesuai dengan gambar yang telah ada dan membuat usaha mendeskripsikan nyeri menjadi lebih sederhana meskipun awal mulanya dirancang untuk digunakan pada anak, namun penelitian yang terbaru telah dievaluasi sehingga dapat digunakan juga pada pasien dewasa khususnya pada pasien dengan gangguan nonverbal, gangguan kognitif, atau memiliki hambatan bahasa.

Pengukuran derajat nyeri yaitu:

- 0 : Tidak nyeri
- 1 : Agak nyeri
- 2 : Nyeri sedikit
- 3 : Nyeri sedang
- 4 : Lebih nyeri
- 5 : Sangat nyeri

2. Konsep Nyeri Pencernaan Sistem Gastrointestinal

Satu-satunya non-umum yang dapat ditimbulkan dari saluran *gastrointestinal* (GI) adalah nyeri yang berkisar dari ketidaknyamanan ringan hingga nyeri hebat. Namun, di daerah usus tertentu, seperti rektum dan gastro-esofagus, rasa nyeri dapat didahului oleh sensasi distensi yang tidak nyeri pada intensitas stimulus yang lebih rendah. Nyeri GI sering kali terasa tumpul, nyeri, tidak jelas, dan tidak terlokalisasi dengan baik. Dalam beberapa kasus, nyeri saluran cerna menjalar ke area tubuh yang jauh dari organ asal (nyeri ulu hati). Sifat-sifat ini menunjukkan bahwa representasi organ dalam dalam sistem saraf pusat sangat tidak tepat. Bukti perilaku,

neurofisiologis dan klinis menunjukkan bahwa sebagian besar bentuk nyeri GI dimediasi oleh aktivitas serabut aferen visceral yang berjalan di saraf simpatis dan bahwa persarafan aferen usus yang dimediasi oleh saraf parasimpatis tidak terutama berkaitan dengan sinyal dan transmisi nyeri GI. Mengenai mekanisme pengkodean reseptor sensorik perifer di usus, terdapat bukti adanya nosiseptor visceral spesifik di beberapa lokasi (misalnya sistem empedu) dan adanya reseptor tipe intensitas non-spesifik di lokasi lain. Dalam kasus apa pun, jumlah sebenarnya serat aferen nosiseptif di usus sangat kecil dan ini menjelaskan mengapa sebagian besar area saluran pencernaan tampak tidak sensitif atau memerlukan rangsangan yang cukup besar sebelum menimbulkan sensasi nyeri. Beberapa aferen nosiseptif yang terkandung dalam saraf simpatis dapat merangsang banyak neuron tingkat kedua di sumsum tulang belakang yang pada gilirannya menghasilkan perbedaan yang luas di dalam sumsum tulang belakang dan batang otak, kadang-kadang melibatkan loop supraspinal yang panjang. Masukan yang berbeda tersebut dapat mengaktifkan banyak sistem yang berbeda, motorik dan otonom serta sensorik, dan dengan demikian memicu reaksi umum yang merupakan karakteristik nosisepsi visceral: nyeri yang menyebar dan tidak terlokalisasi kadang-kadang merujuk ke area somatik, dan refleks otonom dan somatik yang mengakibatkan aktivitas motorik berkepanjangan.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan setiap tahap saling bergantung dan berhubungan (Hidayat & Uliyah, 2014).

1. Pengkajian keperawatan

Menurut (Budiono & Pertami, 2015) pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau

perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada. Pasien dengan masalah nyeri yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri, serta keluhan nyeri, intensitas nyeri, kualitas dan waktu penyerangan. Pengkajian Nyeri dapat dilakukan dengan cara PQRSST, yaitu sebagai berikut:

- a. P (*Provocative*), yaitu faktor yang mempengaruhi gawat atau ringan nya nyeri
- b. Q (*quality*), sensasi nyeri yang dirasa seperti tersayat, terbakar, tertusuk
- c. R (*region*), merupakan lokasi nyeri
- d. S (*severity*), skala nyeri atau intensitas keparahan nyeri
- e. T (*Time*), waktu serangan atau frekuensi nyeri.

2. Riwayat nyeri dapat dikaji dengan menanyakan beberapa hal kepada pasien.

- a) Lokasi: “Maaf bu, di mana ibu merasakan nyeri?”
- b) Intensitas: menjelaskan pada pasien mengenai skala nyeri yang digunakan seperti Numeric Rating Scale (NRS), berdasarkan skala 0-10, dengan angka 0 tidak terasa nyeri, 1-3 terdapat nyeri ringan, 4-6 terdapat nyeri sedang, 7-10 terdapat nyeri hebat. “jadi begini ibu kita akan mengukur keparahan nyeri ibu ya dengan cara ibu menceritakan keadaan nyeri yang ibu rasakan kemudian ibu memberika penilaian tersebut sesuai dengan angka yang sudah saya jelaskan ya ibu.”
- c) Kualitas: “Coba bisa ibu jelaskan kepada saya kualitas sakit yang dirasa seperti apa? Apakah sensasi nyeri tersebut terasa terbakar, tertusuk atau tersayat?”
- d) Pola pengkajian nyeri:
 - 1) Waktu: “Kapan ibu mulai merasakan nyeri?”
 - 2) Durasi: “Berapa lama ibu merasakan nyeri tersebut mereda?”
 - 3) Konsistensi: “Apakah nyeri tersebut terasa hilang timbul?, jika iya kapan dan berapa lama?”
- e) Faktor presipitasi: “Hal apa saja yang memicu rangsangan nyeri muncul bu?”

- f) Faktor yang mempengaruhi nyeri: “Apa yang ibu lakukan ketika nyeri muncul apakah mengkonsumsi obat atau melakukan sesuatu hal untuk mengurangi rasa nyeri?”
- g) Gejala yang menyertai: “Apakah ibu mengalami gejala lain seperti pusing, mual, muntah, sesak napas selama merasakan nyeri tersebut?”
- h) Efek nyeri mempengaruhi *activity daily living (ADL)*: “Bagaimana nyeri mempengaruhi *ADL* anda, misalnya seperti makan, bekerja, beraktivitas sehari-hari, tidur?”
- i) Pengalaman nyeri sebelumnya: “Apakah ada pengalaman nyeri sebelumnya bu?, jika ada coba jelaskan tindakan apa yang anda lakukan?”
- j) Makna nyeri: “Bagaimana ibu menggambarkan nyeri tersebut? Apakah ibu merasa takut ketika nyeri tersebut timbul?, kemudian apa harapan ibu ketika nyeri tersebut timbul?”
- k) Sumber coping: “Apa yang biasa ibu lakukan untuk mengalihkan atau melupakan rasa nyeri yang timbul?”
- l) Respon efektif: “Bagaimana nyeri mempengaruhi perasaan ibu? Apakah ibu merasakan lemas, cemas, depresi atau ketakutan?”.

Pengkajian pada asuhan keperawatan pasien dengan dispepsia meliputi riwayat kesehatan seperti:

a. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, status, pendidikanm pekerjaan, suku bangsa, alamat, tanggal pengkajian, diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Pasien merasakan nyeri pada area perut bagian atas (ulu hati)

c. Riwayat kesehatan sekarang

Kapan pasien mengalami nyeri perut, bagaimana terjadinya dan bagian tubuh mana saja yang dirasa nyeri.

d. Riwayat kesehatan masa lalu

Apakah pasien pernah mengalami penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi kesehatan sekarang misalnya, apakah pasien memiliki penyakit tertentu seperti maag atau asam lambung.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga pasien memiliki penyakit keturunan yang mungkin akan mempengaruhi kondisi sekarang. Penyakit keluarga yang berhubungan dengan pasien

f. Pola nutrisi dan metabolik

Data yang perlu dikaji meliputi nafsu makan, jumlah makanan dan minuman serta cairan yang masuk adakah perubahan antara sebelum sakit dan setelah sakit.

g. Pola eliminasi

Data yang perlu dikaji meliputi pola buang air besar, dan pola buang air kecil sebelum sakit dan setelah sakit.

h. Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan aktivitas dan latihan meliputi kemampuan melakukan perawatan diri, makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah. Pola latihan sebelum sakit dan saat sakit.

i. Pola tidur dan istirahat

Data yang perlu dikaji meliputi pola tidur dan istirahat sebelum sakit dan saat sakit apakah ada perubahan.

j. Pengkajian fisik

1) Keadaan umum meliputi tingkat kesadaran:

Composmentis, apatis, somnolen, sopor, coma, dan GCS (*Glasgow Coma Scale*).

2) Tanda-tanda vital:

Nadi, tekanan darah, respirasi rate, suhu, Spo2.

3) Pemeriksaan *head to toe*:

Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (*physical Examination*) yang terdiri atas:

a) Inspeksi:

Teknik pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat kondisi pasien.

b) Palpasi

Teknik pemeriksaan yang dilakukan dengan menggunakan indera peraba.

c) Perkusi

Pemeriksaan yang dilakukan dengan teknik mengetuk bagian tertentu, perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan.

d) Auskultasi

Pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2
Diagnosis Keperawatan

Diagnosis	Penyebab/faktor resiko	Tanda dan gejala		Kondisi klinis terkait
		Mayor	Minor	
Nyeri Akut D.0077 Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Agen pencedera fisiologis misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma. Agen pencedera kimiawi misalnya Terbakar, bahan kimia iritan. Agen pencedera fisik misalnya Abses, amputasi terbakar, terpotog, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan	Subyektif - Megeluh nyeri Objektif - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur	Subyektif - Mengeluh nyeri Objektif - Tekanan darah meningkat - Pola nafas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis	- kondisi pembedahan - cedera traumatis - infeksi - sindrom koroner akut - glaukoma

Sumber: Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2018

		<p>Analgetik</p> <p>Pemberian Analgesik (I.08243) Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi karakteristik nyeri (misalnya, pencetus, pereda, kualitas, lokasi, ntensitas, frekuensi, durasi) - Identifikasi riwayat alergi obat - Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (misalnya, narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri - Monitor tanda tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik - Monitor efektifitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu - Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum - Tetapkan target efektifitas analgesik utuk mengoptimalkan respon pasien - Dokumentasika respon terhadap efek analgesik dan efek yng tidak diinginkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian dosis dan jeis analgesik, sesuai indikasi 	
--	--	--	--

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu sebagai berikut:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan
- d. Tanda tangan perawat pelaksana

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan terus menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setelah menyelesaikan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP (*Subjective, Objective, Assesment, and Planning*) sebagai pola fikirnya.

S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O: Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A: Analisa data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi, atau muncul masalah baru.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

1) Masalah teratasi

jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

2) Masalah teratasi sebagian,

jika pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang ditetapkan.

3) Masalah belum teratasi,

jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama 18 kali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

4) Muncul masalah baru,

jika pasien menunjukkan adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru.

Tabel 4
Standar Luaran Keperawatan Indonesia

Tingkat Nyeri Ekspektasi: Menurun	Menurun	Cukup Menurun	sedang	Cukup meningkat	meningkat
--------------------------------------	---------	------------------	--------	--------------------	-----------

Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan					
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
Kriteria Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesia					
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera	1	2	3	4	5
berulag	1	2	3	4	5
Anoreksia					
Perineum terasa tertekan					
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
Kriteria Hasil	Memburuk	Cukup memburuk	sedang	Cukup membaik	membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berpikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

Sumber: Tim Pokja SLKI PPNI, 2018

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Dispepsia

Dispepsia adalah gejala pada saluran gastrointestinal bagian atas, gejala ini berupa nyeri epigastrium, mulas, refluks, mual, muntah, atau ketidaknyamanan yang berlangsung kurang lebih 4 minggu (Robinson,2016). Pada pemeriksaan diagnostik, 20 hingga 30% pasien

yang mengalami dispepsia merasakan gejala yang sama terutama mengeluh nyeri ulu hati seperti terbakar. Ketika pada pemeriksaan diagnostik seperti: edoskopi, pasien tidak didapatkan kelainan fungsional maupun kimiawi, maka pasien dapat dikatakan memiliki gejala dispepsia fungsional, dispepsia adalah penyakit yang tidak menular pada saluran pencernaan namun banyak terjadi dikalangan masyarakat di dunia. Gejala dispepsia berupa rasa nyeri atau rasa tidak nyaman di lambung, mual, muntah, kembung, sendawa, mudah kenyang, rasa perut penuh. Keluhan yang timbul biasanya berbeda pada tiap individu penderita (Zakiyah, et al, 2021).

Penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa dispepsia merupakan kumpulan gejala atau keluhan berupa nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual kembung, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, dan perut merasa penuh. *British Societ of Gastroenterology (BSG)* menyatakan bahwa istilah “*dyspepsia*” bukan merupakan suatu penyakit melainkan kumpulan gejala yang mengarah pada gangguan saluran pencernaan bagian atas.

2. Etiologi Dispepsia

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 Pulori*.
- 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

Dispepsia merupakan kumpulan gejala seperti sensasi nyeri atau tidak nyaman diperut bagian atas seperti terbakar, mual, muntah, sensasi cepat penuh setelah makan, dan kembung. Berbagai mekanisme yang mungkin mendasari meliputi gangguan motilitas usus, hipersensitivitas, infeksi ataupun faktor psikososial. Keluhan akan gejala-gejala klinis tersebut kadang-kadang disertai dengan rasa panas di perut dan dada, sensasi cepat kenyang, mual, muntah, anoreksia, kembung, regurgitasi dan banyak mengeluarkan gas asam dari mulut (Hati Yuli, et al, 2023).

Dispepsia adalah sekumpulan gejala yang mempengaruhi sistem pencernaan. Adapun sejumlah gejala yang termasuk ke dalam sindrom dispepsia adalah mudah kenyang, perut terasa begah dan kembung setelah makan, nyeri dan perih bagian ulu hati, sensasi panas dan terbakar pada ulu hati yang bisa menjalar hingga ke kerongkongan, mual, muntah, nafsu makan menurun. Sindrom adalah kumpulan gejala yang muncul bersamaan dan biasanya pertanda dari adanya penyakit tertentu. Dalam dunia medis, sindrom dispepsia diartikan sebagai kumpulan gejala tidak nyaman pada perut bagian atas (epigastrium), oleh masyarakat awam kondisi ini biasa disebut dengan sakit maag. Sindrom dispepsia bukan lah penyakit, melainkan gejala penyakit atau gangguan pencernaan (Zakiyah, et al, 2021).

4. Klasifikasi Dispepsia

Secara klinis dispepsia dibedakan menjadi 2 kelompok besar yaitu:

a. Dispepsia organik

Dispepsia organik atau sering disebut dengan dispepsia struktural adalah dispepsia yang disebabkan oleh kelainan organik sehingga dapat ditemukan kelainan struktural pada organ organ tubuh tertentu saat dilakukan endoskopi. Dispepsia organik terlihat kelainan yang nyata terlihat pada endoskopi terhadap organ saluran pencernaan seperti ulkus peptikum atau yang dikenal dengan tukak peptik, gastritis, stomach cancer, *gastroesophageal reflux disease (GERD)*, hiperasiditas.

b. Dispepsia fungsional

Dispepsia fungsional adalah dispepsia yang tidak dapat ditegakkan dengan penunjang diagnostik sehingga disebut sebagai dispepsia fungsional sistemik, dispepsia non-organik tidak ditemukan adanya kelainan saat dilakukan pemeriksaan fisik dan endoskopi, hanya ditandai dengan nyeri atau tidak nyaman perut bagian atas yang kronis atau berulang. Awalnya dispepsia fungsional dibedakan mejadi 3 golongan yaitu “*ulcer-like, reflux-like, dan dysmotility-like*”. Namun karena lebih banyak gejala dipicu oleh konsumsi makanan ($\pm 80\%$) maka penggolongan dispepsia fungsional saat ini dibagi menjadi dua yaitu sindrom nyeri epigastrium (nyeri epigastrium atau sensasi terbakar) dan sindrom distress postprandial (sensasi terasa penuh setelah makan dan cepat kenyang), (Zakiyah W., et al., 2021).

5. Pemeriksaan Penunjang Dispepsia

Mernurut (Cahyono Suharjo, 2014) pemeriksaan pada dispepsia mencakup sebagai berikut:

a. Anamnesis dan pemeriksaan fisik

Anamnesis merupakan hal yang sangat penting dalam mendignosis dispepsia fungsional maupun menyingkirkan penyebab dispepsia organik.

b. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah rutin, ALT, SGOT (*Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase*), gula darah, kolestrol, LDL (*LowDensity Lipoprotein*) atau pemeriksaan Kolesterol jahat, HDL (*High Density Lipoprotein*) atau pemeriksaan koestrol baik, trigliserida dan serologi hepatitis virus diperlukan untuk menyingkirkan penyakit metabolik dan sistemik.
- 2) Pemeriksaan *H.pylori* non-infasif (serologi atau urea *breathing test*) apabila tidak dilakukan endoskopi.

c. Pemeriksaan imaging

- 1) Pemeriksaan imagnng diperlukan untuk menyingkira penebab dispepsia organik (misalnya hepatoma, kolelitiasis, perlemakan hati)

- 2) Pemeriksaan *ultrasonografi* merupakan pemeriksaan lini pertama untuk menyingkirkan penyebab dispepsia organik karena ekonomis, efektif dan non-invasif

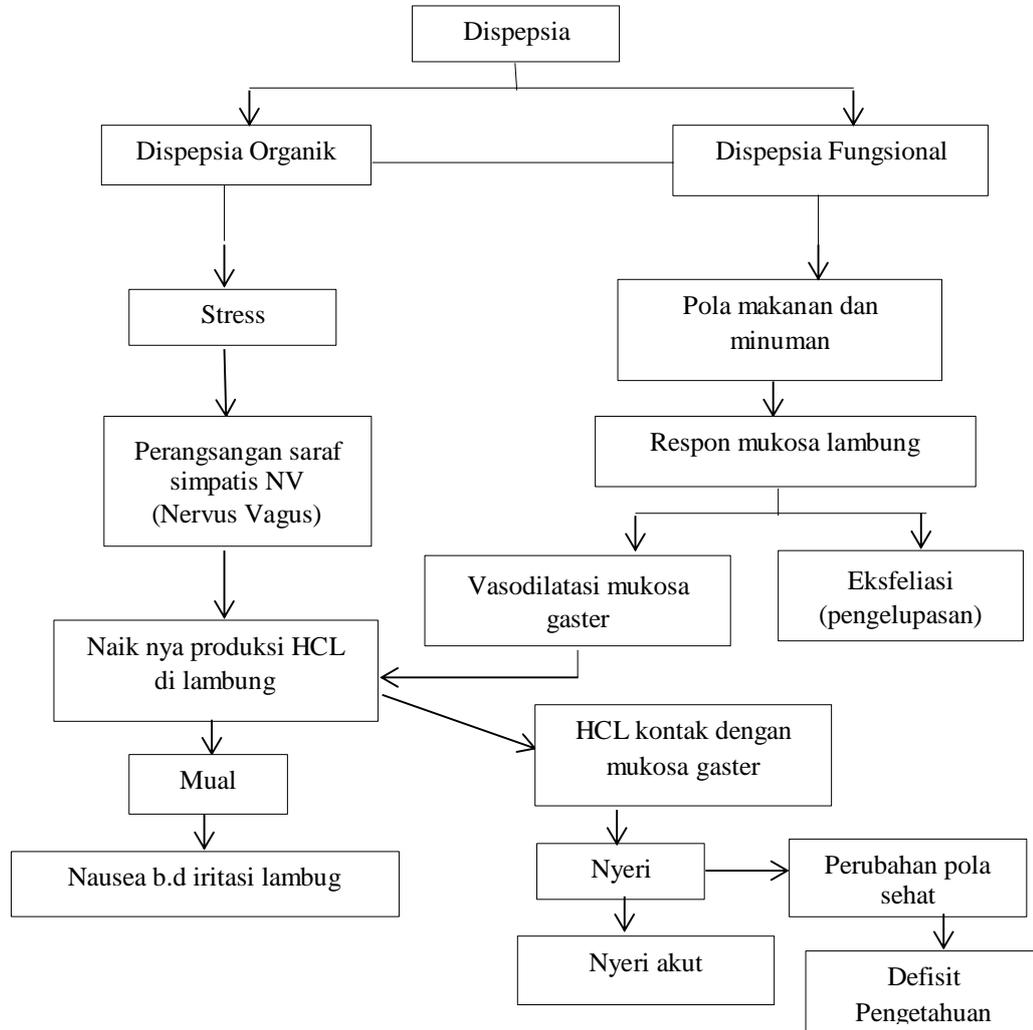
d. Pemeriksaan endoskopi

- 1) Pada pemeriksaan endoskopi pasien dengan masalah dispepsia fungsional tidak dijumpai kelainan apapun.
- 2) Pemeriksaan endoskopi dilakukan untuk menyingkirkan tukak peptik atau keganasan, terutama apabila dijumpai adanya *alarm symptoms*:
 - a) Usia > 55 tahun
 - b) Perdarahan saluran cerna atas
 - c) Nyeri perut menetap tiap hari
 - d) Penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas
 - e) Penggunaan obat *anti-inflamasi non steroid (OAINS)*
 - f) Muntah persisten
 - g) Anemia
 - h) Disfagia
 - i) Riwayat ulkus lambung atau operasi lambung

6. Patofisiologi Dispepsia

Dispepsia terjadi disebabkan oleh beberapa faktor, faktor utama yang menyebabkan dispepsia adalah pola makan yang tidak teratur kemudian menyebabkan respon mukosa lambung meningkat dan terjadi pengelupasan pada dinding lambung oleh mukosa gaster yang membuat meningkatnya HCL pada lambung, kemudian terjadi lah rangsangan mual dan muntah apabila HCL pada lambung meningkat secara berlebihan dan menyebabkan sensasi nyeri seperti terbakar dibagian epigastrium. ketika nyeri yang dirasa sudah berlebihan maka akan menimbulkan gangguan pada pola tidur dan juga aktivitas sehari-hari.

7. Pathway Dispepsia



Gambar 5
Pathway Dispepsia
 Sumber: Silubun, 2022

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 5
Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

No	Penulis	Tahun	Judul	Hasil
1.	Joslan Langge Bons Blegur	2019	Asuhan keperawatan pada Ny.D dengan dispepsia di Ruang Cempaka Rumah Sakit Polri Titus Uly	Hasil studi kasus ini meliputi pengkajian keperawatan dengan data yang ditemukan rasa penuh di perut, nyeri perut, mual muntah, diare. Diagnosa keperawatan berdasarkan North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) adalah nyeri akut. Intervensi yang ditetapkan pada diagnose nyeri akut yaitu mengajarkan manajemen nyeri. Pada implementasi keperawatan mengajarkan manajemen nyeri dengan hasil yang didapatkan adalah nyeri yang dirasakan berkurang dari lima menjadi dua. Evaluasi dari tindakan yang dilakukan dengan menggunakan metode Subjektif, Objektif, Assesment dan planning (SOAP).
2.	Fransiska Melinda	2020	Asuhan keperawatan pasien dispepsia dalam pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman	Hasil studi kasus ini menunjukkan bahwa pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien dyspepsia dengan diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis yang dilakukan tindakan keperawatan dengan memberikan teknik relaksasi dengan mendengarkan zikir selama 3 hari berturut-turut didapatkan hasil terjadi penurunan intensitas nyeri (NRS) dari skala 7 menjadi skala 1. Rekomendasi tindakan relaksasi dengan mendengarkan zikir pada pasien dyspepsia untuk menurunkan intensitas nyeri.
3	Rabeca Noveres	2021	Asuhan keperawatan dispepsia Ny. W di Ruang Intera RSUD Indrasari Rengat.	Hasil studi kasus ini menunjukkan bahwa Ny. W mengalami Dispepsia dengan empat masalah keperawatan yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Nyeri akut, Intoleransi aktivitas dan Kurang pengetahuan. Dari empat diagnosa yang diangkat hanya satu diagnosa yang tercapai evaluasinya yaitu diagnosa 4 kurang pengetahuan, diagnosa 1 dan 2 masalah hanya teratasi sebagian, sedangkan diagnosa 3 masalah tidak teratasi, yang menyebabkan evaluasi tidak tercapai dikarenakan pasiennya meninggal.
4	Nur Wahyu Putri Lestari	2020	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dispepsia Berdasarkan SDKI di Ruang Sedap Malam RSI Nasrul Ummah Lamongan	Hasil penelitian menunjukkan adanya kesamaan antara teori acuan oleh peneliti dan teori acuan di ruangan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pada studi kasus dengan klien dispepsia terdapat diagnosa keperawatan (D.0077) Nyeri akut, Defisit Nutrisi (D.0019), dan yang menjadi prioritas utama yaitu nyeri akut (D.0077). Intervensi menggunakan manajemen nyeri (I.08238) identifikasi lokasi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik napas dalam, fasilitasi istirahat tidur dan kolaborasi pemberian analgetik.