

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Dispepsia didefinisikan sebagai rasa nyeri atas rasa tidak nyaman yang berpusat pada perut bagian atas, yang dapat disertai keluhan-keluhan lain, seperti perut terasa cepat penuh (*fullness*), kembung (*bloating*), atau cepat merasa kenyang meskipun baru makan lebih sedikit daripada porsi biasanya (*early satiety*) dan tidak berhubungan dengan fungsi kolon. Beberapa definisi sering mengaitkan *dyspepsia* dengan mengkonsumsi makanan, tetapi pada kenyataannya tidak semua pasien *dispepsia* terkait dengan makanan yang dikonsumsi sehingga definisi tersebut tidak bisa diterapkan (Putut Bayupurnama, 2019).

Dalam Consensus Roma II tahun 2000, disepakati bahwa definisi *Dispepsia* sebagai *Dispepsia refers to pain or discomfort centered in upper abdomen*. Keluhan nyeri atau tidak nyaman pada bagian perut,. Jadi diperlukan sekali komunikasi yang baik dalam anamnesis sehingga seorang dokter dapat menangkap apa yang dirasakan pasien dan mempunyai persepsi yang relative sama. Dalam definisi, lamanya keluhan tidak ditetapkan. Hanya tentunya untuk keperluan suatu penelitian hal ini perlu ditetapkan (Djojoningrat Dharmika, 2007).

Dispepsia merupakan kumpulan gejala atau sindrom yang terdiri dari nyeri ulu hati, mual, kembung, muntah, rasa penuh atau cepat kenyang, sendawa (Dharmika, 2001).

2. Etiologi

Dikutip dari buku Ida Mardalena, (2018), berdasarkan penyebabnya, dispepsia dibedakan menjadi dua jenis yaitu dispepsia organik dan dispepsia fungsional (Hadi, 1995).

a. *Dispepsia* Organik

Adalah *dispepsia* yang penyebabnya sudah pasti. *Dispepsia* jenis yang jarang ditemukan pada pasien usia >40 tahun.

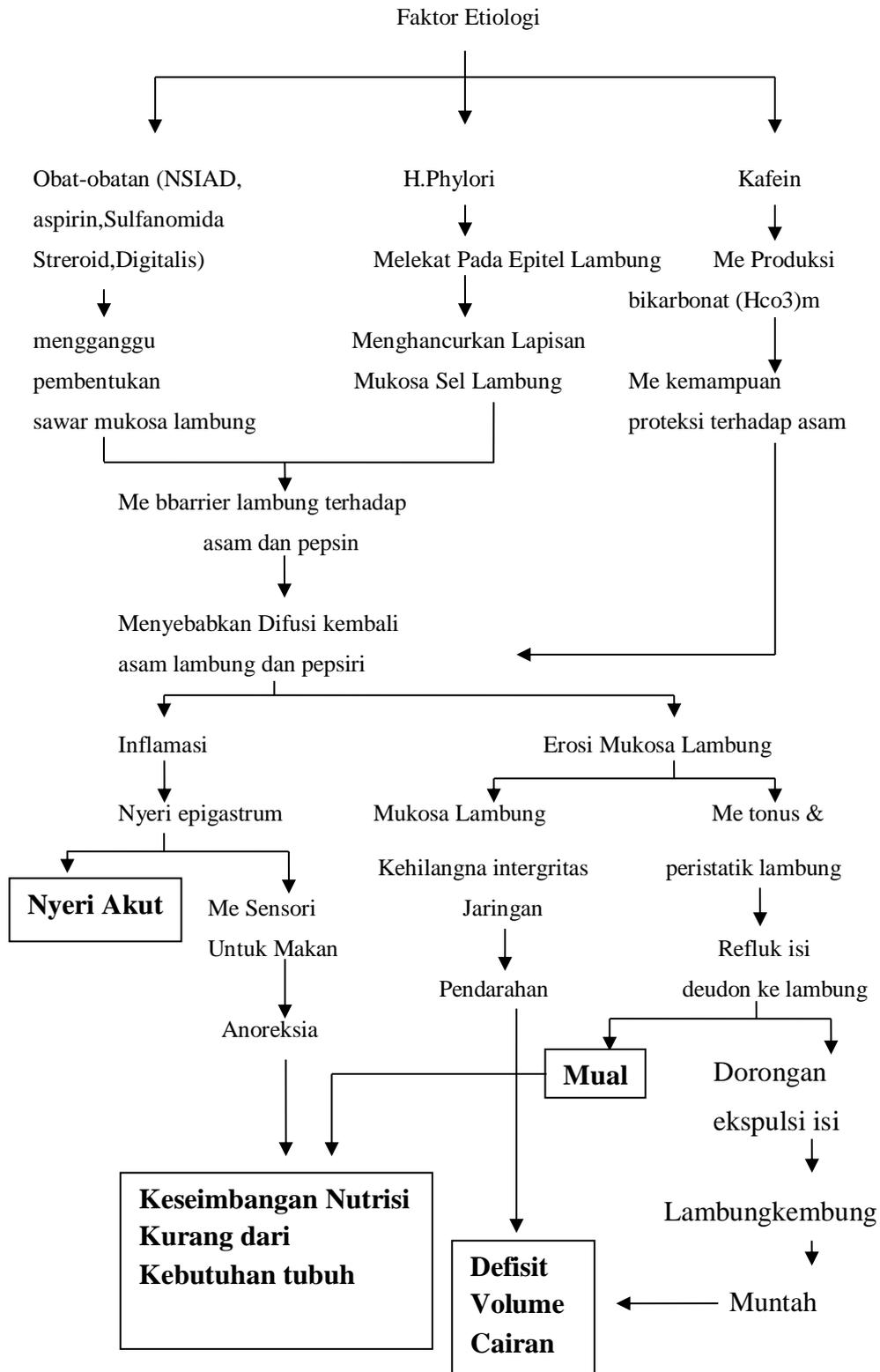
b. *Dispepsia* Fungsional

Adalah *dispepsia* yang disebabkan oleh kelainan fungsi dari saluran cerna.

3. Patofisiologi

Tiga faktor penting yang sering menjadi dasar patofisiologi *dispepsia* adalah faktor lingkungan, terutama berhubungan dengan infeksi *Helicobacter pylori*, penggunaan obat anti inflamasi non-steroid (OAINS) pada kelompok risiko tinggi asam lambung, dan gangguan motorik gastrointestinal.

Gambar 2.1

PATHWAY DISPEPSIA

Sumber : Price & Wilson (2005)

4. Manifestasi Klinis.

Beberapa tanda dan gejala pada penyakit *dispepsia* antara lain : Nyeri epigastrium, rasa terbakar di epigastrium, rasa tidak nyaman setelah makan, rasa cepat kenyang. dan tanda bahaya penurunan berat badan (*unintended*), *disfagia progresif*, muntah rekuren atau persiten, pendarahan saluran cerna, anemia, demam, massa daerah abdomen bagian atas, *dispepsia* awitan baru pada pasien di atas 45 tahun.

5. Pemeriksaan Penunjang

Dikutip dari buku Ida Mardalena (2018), pemeriksaan klinis dilakukan untuk mengetahui adanya kuman *helicobacter pylori* dengan pemeriksaan serum darah dan jika hasil positif menunjukkan hasil adanya infeksi oleh *helicobacter pylori*. Pemeriksaan endoskopi untuk mengetahui adanya luka di *orofaring*, warna mukosa menentukan ada tidaknya refluk *esofagitis*. Pemeriksaan USG bila diduga ada kelainan dipankreas, kelainan otot tyroid dan tumor.

6. Komplikasi

Dikutip dari buku Ida Mardalena (2018), komplikasi yang mungkin akan muncul pada *dispepsia* antara lain pendarahan *gastrointestinal*, *stenosis pylorus*, dan *peforasi* (Corwin, 2000).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Pengertian

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dalam Teori Hierarki Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri.

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya. Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain, dan sebagainya.

Pada kebutuhan ini menurut Mustawan (2008), nyeri merupakan suatu pengalaman sensori emosional yang tidak menyenangkan dipicu oleh suatu stimulasi pada ujung syaraf sensoris. Bila pasien mengeluh nyeri, maka hanya satu yang diinginkan, yaitu mengurangi rasa sakit atau nyerinya. Manajemen nyeri yang handal sangat diperlukan untuk mengatasi rasa nyeri secara efektif dan efisien (Priharjo, 1993).

- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.
- d. Kebutuhan akan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih presentasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. Pada kebutuhan ini pasien yang menjalani perawatan juga sering merasakan sakit walaupun sudah

mendapatkan terapi algetik sesuai standar. Dalam pemberian tindakan mandiri yang diberikan dalam penanganan masalah nyeri pada pasien *dispepsia* adalah dengan anjuran kompres hangat dengan menggunakan buli-buli panas serta dengan anjuran teknik relaksasi nafas dalam mengatasi nyeri.

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

Pengkajian keperawaatan pada individu dengan nyeri termasuk deskripsi nyeri juga faktor-faktor lain yang mungkin yang dapat mempengaruhi nyeri (yaitu pengalaman yang lalu tentang, ansietas, dan usia) dan respon individu terhadap strategi pereda nyeri.

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Dalam menentukan

intervensi perawat perlu mempertimbangkan beberapa faktor sebagai berikut (De Laune & Ladner, 2011;Gordon, 1994;Potter & Perry, 2013), karakteristik diagnosa keperawatan, luran (*outcome*) keperawatan yang diharapkan, kemampuan laksanaan intervensi keperawatan, kemampuan perawat, penerimaan pasien, dan hasil penelitian.

Implementasi dapat membantu perawat memfokuskan atau mengarahkan asuhan keperawatan karena merupakan respon fisiologis, psikologis, sosial, perkembang atau spiritual yang menunjukkan perbaikan masalah kesehatan pasien (Potter&Perry, 2013).

Evaluasi kualitas dan efektifitas karena outcome menjawab “apakah pasien mendapatkan manfaat atau tidak dari perawtan yang diberikan?”. Evaluasi menentukan keberhasilan.

A. Pengkajian pada *dispepsia*, antara lain :

Menurut Tucker (1998), pengkajian pada klien dengan *dispepsia* adalah sebagai berikut :

Klien akan ditanyai tentang identitas klien dan penanggung jawab, seperti, nama, umur, pekerjaan, pendidikan, agama, alamat, hubungan dengan klien, dan alamat rumah. Keluhan utama yang dirasakana klien biasanya adalah nyeri/perih epigastrium disamping atas dan bagian samping dada depan.Keluhan Kesehatan masa lalu

pada klien sering nyeri daerah epigastrium, adanya stress psikologis, riwayat minum-minum alkohol.

Riwayat Kesehatan Keluarga apakah ada anggota keluarga yang lain juga pernah menderita penyakit serupa. Pola Aktivitas adalah pola kebiasaan yang dilakukan setiap hari nya pola makan yaitu kebiasaan makan yang tidak teratur, makan makanan yang merangsang selaput mukosa lambung, berat badan sebelum dan sesudah sakit.

Aspek Psikososial adalah keadaan emosional, hubungan dengan keluarga, teman, adanya masalah interpersonal yang bisa menyebabkan stress. Aspek Ekonomi adalah jenis pekerjaan dan jadwal kerja, jarak tempat kerja dan tempat tinggal, hal-hal dalam pekerjaan yang mempengaruhi stress psikologis dan pola makan.

Dalam pemeriksaan fisik hal-hal yang harus diperhatikan adalah: Keadaan Umum: sakit/nyeri, status gizi, sikap, personal hygiene yang dilakukan klien. Selanjutnya sistem persepsi sensori: pendengaran, penglihatan, dan peraba dan pada sistem penglihatan: nyeri tekan, lapang pandang, kesimetrisan mata, alis, kelopak mata, kongjungtiva, sclera, kornea, reflek, pupil, respon cahaya, dan lain-lain. Dan sistem pernafasan: frekuensi, batuk, bunyi napas, sumbatan jalan napas, dan lain-lain.

Pada sistem kardiovaskular: tekanan darah, denyut nadi, bunyi jantung, kekuatan, pengisian kapiler, edema, dan lain-lain. Sistem saraf pusat: kesadaran, bicara, pupil, orientasi waktu, orientasi

tempat, orientasi orang, dan lain-lain. Sistem gastrointestinal: nafsu makan, diet, porsi makan, keluhan, bibir, mual dan tenggorokan, kemampuan mengunyah, kemampuan menelan, perut, kolon dan rektum, rectal toucher, dan lain-lain. Sistem muskuloskeletal: rentang gerak, keseimbangan dan cara jalan, kemampuan memenuhi aktifitas sehari-hari, genggam tangan, otot kaki, akral, fraktur, dan lain-lain. Sistem integumen: warna kulit, turgor, luka, memar, kemerahan, dan lain-lain. Terakhir sistem perkemihan: urin (warna, jumlah, dan pancaran) BAK, vesika urinaria.

B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul dengan pengkajian pada *dispepsi* sebagai berikut.

- a. Nyeri berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung.
- b. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan rasa tidak enak setelah makan, anoreksia.
- c. Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan adanya mual muntah.
- d. Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatannya.
- e. Kurang pengetahuan tentang penatalaksanaan diet dan proses penyakit.

Rencana Asuhan Keperawatan pada pasien dispepsia terhadap Tn. S di Ruang Penyakit Dalam

Tabel 2.1

No	Diagnosa Keperawatan	SIKI	SLKI
1	2	3	4
1.	<p>Nyeri Akut</p> <p>Definisi :pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab : Agen pencederaan fisiologis,agen pencederaan kimiawi,agen pencederaan fisik</p>	<p>Kontrol Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol (5) 2. Kemampuan mengenali onset nyeri (5) 3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri (5) 4. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis (5) 5. Keluhan nyeri (5) <p>Tingkat Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri (5) 	<p>Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri yang meliputi,lokasi,frekuensi,kualitas,dan faktor pencetus. 2. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri. 3. Ajarkan teknik non-farmakologi 4. Anjurkan Istirahata/tidur untuk mengurangi nyeri. 5. Kolaborasi pemberian analgetik

1	2	3	4
	<p>Tanda Mayor : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur</p> <p>Tanda Minor : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaporesis.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Meringis (5) 3. Sikap protektif (5) 4. Gelisah (5) 5. Kesulitan tidur (5) 6. Frekuensi nadi (5) 	<p>Pemberian Analgetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek perintah pemberian obat 2. Cek tanda-tanda alergi obat 3. Monitor tanda-tanda vital 4. Jelaskan efek terapi obat
2.	<p>Defisit nutrisi</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.</p> <p>Penyebab : ketidakmampuan menelan makanan,</p>	<p>Status Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan (5) 2. Berat badan (5) 3. Indeks masa tubuh (5) 	<p>Manajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya alergi makanan yang dimiliki 2. Timbang berat badan 3. Monitor intake/asupan cairan secara tepat

1	2	3	4
	<p>ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, Peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi, faktor psikologis.</p> <p>Tanda Mayor :berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.</p> <p>Tanda minor :cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, bisung usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan.</p>		<ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan klien makanan sesuai kebutuhan. 5. Anjurkan pasien dalam posisi duduk ketika makan 6. Ajarkan diet yang deprogram

1	2	3	4
3.	<p>Hipovolemi</p> <p>Definisi :penurunan volume cairan intravaskuler,intertisial, atau intraseluler.</p> <p>Penyebab : kehilangan cairan aktif,kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan, evaporasi</p> <p>Tanda Mayor : frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekaanan nadi menyempit, turgot kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menuun, hemotokrit meningkat.</p>	<p>Status cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi (5) 2. Turgor kulit (5) 3. Output urine (5) 4. Ortopnea (5) 5. Dispnea (5) 6. Ederna anasarka (5) 7. Edema perifer (5) 8. Frekuensi nadi (5) 9. Tekanan nadi (5) 10. Tekanan darah (5) 11. Membrane mukosa Jugular Venous Pressure (JVP) (5) 12. Kadar hb (5) 13. Kadar ht (5) 	<p>Manajemen Hipolemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan volume cairan intravaskuler 2. Hitung kebutuhan cairan 3. Kaji tanda-tanda hipovolemia 4. Anjurkan asupan cairan oral <p>Manajemen Syok Hipovolemik (L.02050)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status cairan 2. Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil 3. Pertahankan paten jalan nafas

1	2	3	4
	Tanda minor :merasa lemah, merasa haus, pengisian vena menurun, status mentak berubah suhu tubuh meningkat, konsentrsi urin meningkat, berat badan turun tiba-tiba.		

1	2	3	4
4.	<p>Ansietas</p> <p>Definisi :kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk mengatasi ancaman.</p> <p>Tanda Mayor :merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi,yampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.</p> <p>Tanda Minor : Mengeluh pusing, Anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, frekuensi napas</p>	<p>Tingkat Ansietas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan (5) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi (5) 3. Perilaku gelisah (5) 4. Perilaku tegang (5) 5. Konsentrasi (5) 6. Pola tidur (5) <p>Dukungan Sosial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan meminta bantuan pada orang lain (5) 2. Bantuan yang ditawarkan oleh orang lain (5) 3. Dukungan emosi yang disediakan oleh orang lain (5) 	<p>Reduksi Ansietas (L.09314)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Anjurkan pasien untuk mengurangi kecemasan 3. Jelaskan prosedur,termasuk sensai yang mungkin dialami 4. Kolaborasi pemberian antiansietas. <p>Terapi Relaksasi (L.09326)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji gejala ketidaknyamanan seperti nyeri,ketegangan otot atau kecemasan. 2. Identifikasi penurunan tingkat energi,ketidakkampuan konsentrasi, atau gejala lain yang

1	2	3	4
	<p>meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresi, tremor, muka tampak pucat, suka bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.</p>		<p>mengganggu kemampuan kognitif.</p>
5.	<p>Defisit pengetahuan tentang dispepsia Definisi : ketiadaan atau kekurangan informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu. Penyebab : keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan , mengikuti anjuran kurang terpapa informasi, kurang</p>	<p>Tingkat pengetahuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran (5) 2. Verbalisasi minat dalam belajar (5) 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic (5) 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelum yang sesuai dengan topic (5) 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan (5) 	<p>Edukasi Kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji faktor resiko penyakit dan perilaku hidup bersih serta sehat. 2. Ientifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 3. Memberikan Penyuluhan kesehatan. 4. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

1	2	3	4
	<p>minat dalam belajar, kurang mampu mengingat ketidaktahuan menemukan sumber informasi.</p> <p>Tanda Mayor :menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.</p> <p>Tanda Minor :mjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan.</p>	<p>6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi (5)</p> <p>7. Persepsi yangb keliru terhadap masalah (5)</p>	