

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesimbangan. (Budiono dan pertama, 2017)

a. Pengkajian awal

1) Identitas pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi nama, alamat, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, agama, pembiayaan layanan kesehatan, dan sumber perawatan medis yang biasa

2) Keluhan utama

Keluhan utama pasien dispepsia yaitu nyeri ulu hati

3) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang kronologis keluhan utama meliputi kapan gejala muncul, apakah gejala mendadak atau bertahap, berapa kali masalah terjadi, lokasi gangguan yang pasti, karakteristik keluhan, aktivitas yang klien lakukan ketika masalah terjadi, fenomena atau gejala yang berhubungan dengan keluhan utama, faktor yang meningkatkan mengurangi masalah.

4) Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat sakit yang sama yaitu dispepsia

5) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji diantaranya adalah bagaimana respons psikologis klien terhadap masalah gangguan aman dan nyaman yang dialaminya, mekanisme coping yang digunakan klien dalam menghadapi gangguan aman dan nyaman (dispepsia).

6) Data psikologis

Aspek psikologis yang perlu dikaji diantaranya adalah bagaimana respons psikologi klien terhadap masalah gangguan aman dan nyaman (dispepsia) yang didalamnya, mekanisme koping yang digunakan klien dalam menghadapi gangguan rasa aman dan nyaman (dispepsia)

7) Gaya hidup

Pengkajian pada aspek gaya hidup ini meliputi kebiasaan persinal, diet, pola tidur/istirahat, aktivitas kehidupan sehari-hari, rekreasi/hobi.

8) Data social

Pengkajian pada data social ini meliputi hubungan keluarga/ sahabat, persatuan etnik, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, status ekonomi, kondisi rumah dan lingkungan.

9) Data psikologis

Pengkajian pada data psikologis ini meliputi stesor utama, pola koping yang biasa terhadap masalah serius atau stres tingkat tinggi, gaya komunikasi.

10) Pola perawatan kesehatan

Hal yang perlu dikaji adalah semua sumber perawatan kesehatan yang digunakan saat ini dan masa lalu.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan juga bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Berikut data diagnosis keperawatan yang sesuai dengan buku SDKI.

Tabel 2.1.
Diagnosis Keperawatan

No.	Diagnosis keperawatan	Penyebab faktor resiko	Tanda dan gejala		Kondisi klinis terkait
			Mayor	Minor	
1.	Gangguan rasa nyaman Definisi: Perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.	<ul style="list-style-type: none"> a. Gejala penyakit b. Kurang pengendalian situasional/lingkungan c. Ketidakadekuatan sumber daya (mis, dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan) d. Kurang privasi e. Gangguan stimulus lingkungan f. Efek samping terapi (mis, medikasi, radiasi, kemoterapi) g. Gangguan adaptasi kehamilan 	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh tidak nyaman Objektif: <ul style="list-style-type: none"> - Gelisah 	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - mengeluh sulit tidur - tidak mampu rileks - mengeluh kedinginan/kepanasan - merasa gatal - mengeluh mual - mengeluh lelah Objektif <ul style="list-style-type: none"> - menunjukkan gejala distress - tampak merintih/menangis - pola eliminasi berubah - postur tubuh berubah - iritabilitas 	<ul style="list-style-type: none"> - penyakit kronis - keganasan - distress psikologis - kehamilan
2.	Nausea (D.0076) Definisi: Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah	<ul style="list-style-type: none"> a. Gangguan biokimiawi (mis, uremia, ketoasidosis diabetik) b. Gangguan pada esofagus c. Distensi lambung d. Gangguan pankreas e. Peregangan kapsul limpa f. Tumor terlokalisasi (mis, neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis) 	Subjektif <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh mual - Merasa ingin muntah - Tidak berminat makan Objektif <ul style="list-style-type: none"> - Tidak tersedia 	Subjektif <ul style="list-style-type: none"> - Merasa asam dimulut - Sensasi panas/dingin - Sering menelan Objektif <ul style="list-style-type: none"> - Sakiva meningkat - Pucat - Diaforesis - Takikardia - Pupil dilatasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Meningitis - Labirinitis - Uremia - Ketoasidosis diabetik - Ulkus peptikum - Penyakit esofagus - Tumor intraabdomen - Penyakit meniere - Neuroma akustik - Tumor otak - Kanker - Glaukoma

		<ul style="list-style-type: none"> tulang didasar tenggorok) g. Peningkatan tekanan intraabdominal (mis, keganasan intraabdomen) h. Peningkatan tekanan intrakranial i. Peningkatan tekanan intraorbitak (mis, glaukoma) j. Mabuk perjalanan k. Kehamilan l. Aroma tidak sedap m. Rasa makanan/minuman yang tidak enak n. Stimulus penglihatan tidak menyenangkan o. Faktor fisiologis (mis, kecemasan, ketakutan, stres) p. Efek agen farmakologis q. Efek toksin 			
3.	<p>Gangguan Pola Tidur (D.0056) Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Hambatan lingkungan (mis, kelembapan lingkungan sekitar b. Kurang kontrol tidur c. Kurang privasi d. Restraint fisik e. Ketidadaan teman tidur f. Tidak familiar dengan peralatan tidur 	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit tidur - Mengeluh sering terjaga - Mengeluh tidak puas tidur - Mengeluh pola tidur berubah - Mengeluh istirahat tidak cukup <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak tersedia 	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak tersedia 	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri/kolik - Hipertiroidisme - Kecemasan - Penyakit paru obstruktif kronis - Kehamilan - Periode pasca partum - Kondisi pasca operasi

3. Intervensi

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan, untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan.(Bismar, n.d.)

Rencana asuhan keperawatan pada kasus dispepsia yang disusun berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada tabel di bawah ini:

Tabel 2.2.
Rencana Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Intervensi keperawatan	
	Tujuan	Rencana tindakan
Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil: 1. keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun Kesulitan tidur menurun 3. Mual menurun 4. Merintih menurun	Terapi relaksasi Observasi: 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (mis, musik, meditasi, nafas dalam relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Nafas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

<p>Nausea b.d iritasi lambung</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nafsu makan meningkat 2. keluhan mual menurun 3. perasaan ingin muntah menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis. Bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) 3. Identifikasi dampak mual bagi kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran dan tidur) 4. Identifikasi faktor yang menyebabkan mual (mis. Pengobatan dan prosedur) 5. Identifikasi anemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) 6. Monitor mual (mis, frekuensi, durasi, dan tingkat kepacrahan) 7. Monitor asupan nutrisi dan kalori <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kendali faktor lingkungan penyebab mual (mis, bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual, yang tidak menyenangkan) 2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis, kecemasan, ketakutan, keelahan) 3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 4. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiemetik jika perlu
<p>Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluhan sulit tidur menurun 2. tidur 6-8 jam perhari 3. merasa puas setelah bangun tidur 	<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)

		<p>5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan tidur 3. Menganjurkan 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.
--	--	---

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Bentuk implementasi keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Bentuk perawatan: pengkajian untuk mengidentifikasi masalah baru atau mempertahankan masalah yang ada.
 - b. Pengajaran/pendidikan kesehatan pada pasien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan
 - c. Konseling pasien untuk memutuskan kesehatan pasien
 - d. Konsultasi atau berdiskusi dengan tenaga profesional kesehatan lainnya sebagai bentuk perawatan holistik
 - e. Bentuk penatalaksanaan secara spesifik atau tindakan untuk memecahkan masalah kesehatan
 - f. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri.
 - g. Melakukan monitoring atau pengkajian terhadap komplikasi yang mungkin terjadi terhadap pengobatan atau penyakit yang dialami.
- (Tarwoto & Wartonah, 2015)

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan

tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (Subjektif) (O) Objektif A (Analisis) P (Perencanaan terhadap analisis)

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien tujuan dengan melihat perkembangan pasien. Evaluasi pasien dengan Dispepsia dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan (Potter& Perry, 2013)

B. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Rasa Aman & Nyaman Nyeri

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

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

1) 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.

2) **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.

3) **Kebutuhan harga diri**

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

4) **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 & Sulistyowati, 2017)

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

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. Faktor- faktor yang mempengaruhi kenyamanan

Menurut sensussiana 2020 berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kenyamanan seseorang, antara lain:

- 1). Emosi: kecemasan, depresi muntah
- 2). Status mobilisasi: keterbatasan aktivitas, parasilitas,kelemahan otot, dan kesadaran menurun
- 3).Gangguan persepsi sensori: mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan
- 4). Keadaan imunitas: gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit
- 5). Tingkat kesadaran: pada pasien koma, responden akan menurun terhadap rangsangan, paralisis, desioorientasi dan kurang tidur
- 6). Informasi atau komunikasi: gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan
- 7).Gangguan tingkat pengetahuan: kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya
- 8).Penggunaan antibiotic yang tidak rasional: antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok

- 9). Status gizi: keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat berisiko terhadap penyakit tertentu
- 10).Usia: pembedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri
- 11). Jenis kelamin: secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya
- 12). Kebudayaan: keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat kenyamanan yang mereka punya.

3. Definisi Gangguan Rasa Nyaman

Menurut (PPNI, 2017) gangguan rasa nyaman merupakan perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

4. Penyebab Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku (PPNI, 2017) 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
- d. mengeluh sulit tidur

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Dispepsia

Dispepsia termasuk salah satu berasal dari bahasa Yunani, yang terdiri dari kata yaitu “dys” yang berarti buruk dan “peptei” yang berarti pencernaan. Jadi dispepsia berarti pencernaan yang buruk. (Andriani et al., 2019)

Dispepsia merupakan istilah yang umum dipakai untuk suatu sindroma atau kumpulan gejala/keluhan berupa nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual, kembung, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, dan perut terasa penuh/begah. (Andre et al., 2013)

2. Etiologi Dispepsia

Dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai penyakit baik yang bersifat organik dan fungsional. Penyakit yang bersifat organik antara lain karena terjadinya gangguan saluran cerna atau di sekitar saluran cerna, seperti pankreas, kandung empedu. Sedangkan penyakit yang bersifat fungsional dapat dipicu karena faktor psikologis dan faktor intoleran terhadap obat-obatan dan jenis makanan tertentu adapun faktor-faktor yang menyebabkan dispepsia adalah:

- a. Gangguan pergerakan (motilitas) piloroduodenal dari saluran pencernaan bagian atas (esofagus, lambung dan usus halus bagian atas).
- b. Menelan terlalu banyak udara atau mempunyai kebiasaan makan salah (mengunyah dengan mulut terbuka atau berbicara)
- c. Menelan makanan tanpa dikunyah terlebih dahulu dapat membuat lambung terasa penuh atau bersendawa terus.
- d. Mengonsumsi makanan/minuman yang bisa memicu timbulnya dispepsia. Seperti, minuman beralkohol, bersoda (*soft drink*), kopi. Minuman jenis ini dapat mengiritasi dan mengikis permukaan lambung.
- e. Obat penghilang nyeri seperti Nonsteroid Anti Inflammatory Drug (NSAID) misalnya Aspirin, Ibuprofen dan Naproven
- f. Pola makan, pola makan yang tidak teratur ataupun makan yang terburu-buru dapat menyebabkan terjadinya dispepsia (Zakiyah et al., 2021)

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. Cepat kenyang
- e. Muntah
- f. Tidak nafsu makan
- g. Sering sendawa
- h. Kembung setelah makan

5. Klasifikasi Dispepsia

Dispepsia terbagi menjadi dua golongan yaitu dispepsia organik atau yang sering disebut dengan dispepsia struktural dan dispepsia non-organik atau yang sering disebut dengan dispepsia fungsional. Dispepsia organik terjadi karena adanya kelainan organik. Pada dispepsia organik terlihat kelainan yang nyata terlihat pada endoskopi terhadap organ saluran pencernaan seperti ulkus peptik, gastritis, stomach cancer, gastro esophageal reflux disease (GERD), hiperasiditas.

Dispepsia non-organik tidak ditemukan adanya kelainan saat dilakukan pemeriksaan fisik dan endoskopi, hanya ditandai dengan nyeri atau tidak nyaman di perut bagian atas yang kronis atau berulang. Karena lebih banyak gejala dipicu oleh konsumsi makanan ($\pm 80\%$) maka pergolongan dispepsia fungsional saat ini dibagi menjadi dua yaitu Nyeri Epigastrium

(nyeri epigastrium atau rasa terbakar) dan Sindrom Distress Postprandial (rasa penuh pasca-makan dan cepat kenyang). (Zakiyah et al., 2021)

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: lekosit, hemoglobin, trombosit, hematokrit

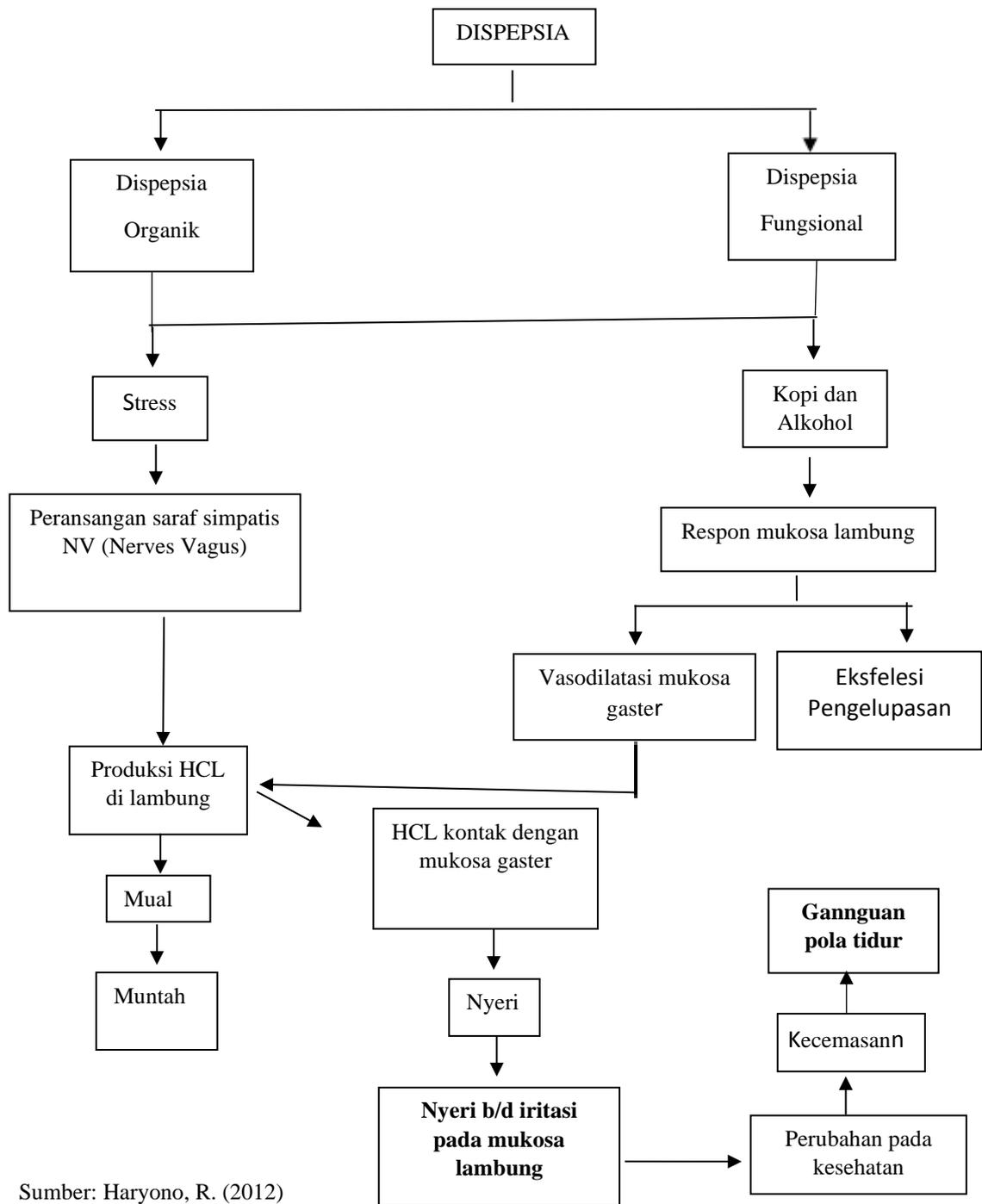
7. Patofisiologi dan *pathway*

a. Patofisiologi Dispepsia

Perubahan pola makan yang tidak teratur, obat-obatan yang tidak jelas, zat-zat seperti nikotin dan alkohol, serta adanya kondisi kejiwaan stress, pemasukan makanan menjadi kurang sehingga lambung akan kosong, kekosongan lambung dapat mengakibatkan erosi pada lambung akibat gesekan antara dinding-dinding lambung, kondisi demikian dapat meningkatkan HCL, yang akan merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung, terjadi mual muntah intake tidak adekuat baik makanan maupun cairan dan mengakibatkan ansietas.

b. Pathway Dispepsia

Gambar 2.4. Pathway dispepsia



Sumber: Haryono, R. (2012)

8. Menurut (Zakiyah Wildani 2021) terdapat dua penatalaksanaan dyspepsia yaitu :

a. Terapi Farmakologi

1) Antihiperaciditas

a) Antasida

Golongan antasida ini termasuk yang mudah didapat dan murah. Antasida akan menetralkan sekresi asam lambung. Antasida biasanya mengandung zat yang tidak larut dalam air seperti natrium bikarbonat, $Al(OH)_3$, $Mg(OH)_2$, dan magnesium trisiklat (kompleks hidrotalsit). Pemberian antasida tidak dapat dilakukan terus-menerus, karena hanya bersifat simptomatis untuk mengurangi nyeri.

b) $NaHCO_3$

Antasida jenis ini larut dalam air dan bekerja cepat, Namun zat utama $NaHCO_3$ dapat menyebabkan darah bersifat basa (alkalosis) jika dosisnya berlebih. Terlepasnya senyawa karbondioksida dari kompleks obat ini dapat menyebabkan sendawa.

c) Kombinasi Bismut dan Kalsium

Kombinasi antara Bi dan Ca dapat membentuk lapisan pelindung pada lesi di lambung. Namun obat ini dijadikan pilihan terakhir karena bersifat neurotoksik yang menyebabkan kerusakan otak dengan gejala kejang-kejang dan kebingungan atau yang dikenal dengan ensefalopati.

d) Sukralfat

Golongan sukralfat yang sering dikombinasikan dengan aluminium hidroksida, dan bismuth koloidal dapat digunakan untuk melindungi tukak lambung agar tidak teriritasi asam lambung dengan membentuk lapisan dinding pelindung.

2) Antikolinergik

Obat yang termasuk golongan ini obat yang agak selektif yaitu pirenzepin yang bekerja sebagai antireseptor muskarinik yang dapat

menekan sekresi asam lambung sekitar 28% sampai 43%.

3) Antagonis reseptor H₂

Obat yang termasuk golongan obat ini adalah simetidin, nizatidin, roksatidin.

4) Proton pump inhibitor (PPI)

Obat-obat yang termasuk golongan PPI adalah omeprazol, esomeprazol lansoprazol, dan pantoprazol. Golongan obat ini mengatur sekresi asam lambung pada stadium akhir.

5) Sitoprotektif

Obat yang termasuk golongan ini prostaglandin sintetik seperti misoprostol (PGE₁) dan enprostil (PGE₂). Selain bersifat siroprotektif juga dapat menekan sekresi asam lambung oleh sel parietal.

6) Golongan prokinetik

Obat yang termasuk golongan ini yaitu cisapride, domperidon, dan metoclopramide. Golongan ini cukup efektif untuk mengobati dispepsia fungsional dan refluks esofagitis dengan mencegah refluks dan memperbaiki asam lambung.

7) Golongan anti depresi

Obat yang termasuk golongan ini adalah golongan trisiclic antidepressants (TCA) seperti amitriptilin. Obat ini biasanya dibutuhkan psikoterapi dan psikofarmaka (obat anti depresi dan cemas) pada pasien dengan dispepsia fungsional, karena tidak jarang keluhan yang muncul berhubungan dengan faktor kejiwaan cemas dan depresi.

b. Terapi Non Farmakologi

Terapi non farmakologi yang dapat dilakukan untuk penanganan kasus dyspepsia yaitu:

- 1) Stress berlebihan dapat menyebabkan produksi asam lambung meningkat, sehingga dapat memicu dispepsia. Istirahat yang cukup dan melakukan kegiatan yang disukai dapat meminimalisir stres
- 2) Mengatur pola hidup sehat, pola hidup yang sehat dapat dilakukan

dengan olahraga secara teratur, menjaga berat badan agar tidak obsesitas, menghindari berbaring setelah makan, makan banyak terutama pada malam hari, merokok, menghindari makanan yang berlemak tinggi dan pedas serta menghindari minuman yang asam, bersoda, mengandung alkohol dan kafein.

- 3) Terapi hangat/dingin Terapi kompres hangat dilakukan dengan menggunakan washlap yang basahi air hangat/ dingin kemudian diletakan pada bagian perut yang nyeri.
- 4). Terapi komplementer berguna untuk mengurangi nyeri yang terjadi pada lambung. Terapi ini dapat dilakukan dengan, mendengar music, menonton televisi, memberikan sentuhan terapeutik,
- 5). Teknik relaksasi nafas dalam dilakukan dengan cara pelan dan sadar dengan bernafas dalam menahannya lalu hembuskan secara perlahan-lahan. Teknik ini dilakukan untuk mengurangi rasa tidak nyaman akibat nyeri di bagian ulu hati.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 2.4.
Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Judul	Tahun	Penulis	Metode	Hasil
Asuhan keperawatan nyeri akut pada Ny. S dengan Dispepsia di ruang chrysant RS Sentra Medika Cikarang Tahun 2022	2022	1. Naftalisa Kurnia Sumantri 2. Roby Rahmadi Akbar	Studi kasus tentang Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.	Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah nyeri akut pada Ny.s dengan diagnosa Dispepsia pada umumnya sama antara teori dan kasus pada Ny.s Yang menderita dispepsia. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pada penelitian ini tindakan yang dilakukan pada implementasi relaksasi nafas dalam sangat

				efektif dalam mengatasi keperawatan utama dengan evaluasi terakhir masalah keperawatan nyeri akut teratasi ditandai dengan klien mengatakan skala nyeri 0 dan klien tampak rileks. TD: 120/80 mmHg, N: 82x/meni, S: 36°C.
Asuhan Keperawatan Pasien Dispepsia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Dan Nyaman	2020	1.Frensiska Melinda 2. Sahuri Teguh Setyawan	Naratif dengan menggunakan metode pendekatan studi kasus.	Pengolahan asuhan keperawatan pada pasien dispepsia dalam pemenuhan kebutuhan nyeri dengan masalah keperawatan nyeri akut dengan dilakukan tindakan relaksasi diharapkan membantu dalam tatalaksana pasien dispepsia dengan menerapkan latihan terapi mendengarkan dzikir mandiri menurunkan intensitas nyeri.
Pengelolaan nyeri akut pada Ny. S dengan Dispepsia Di Ruang Bougenvile RSUD Ungaran	2019	Muhammad Nukhi Ardhiyanto	Metode yang digunakan adalah memberikan perawatan kepada pasien agar dapat mengontrol rasa nyeri yang diderita.	Masalah nyeri teratasi sebagian . hasil yang diperoleh yaitu klien melaporkan adanya nyeri dengan skala 3 (sedang), klien mengatakan frekuensi nyeri skala nyeri 3 (sedang) dan ekspresi pada wajah dengan skala nyeri 3 (sedang).