

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP MEDIS**

##### **1. Pengertian dispepsia**

Dispepsia merupakan suatu sindroma atau kumpulan gejala/keluhan berupa nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual, kembung, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, dan perut merasa penuh/begah. Dispepsia berhubungan dengan keluhan makan, yang dikaitkan dengan gangguan saluran cerna bagian atas. Dispepsia fungsional menurut kriteria Rome III adalah penyakit metabolik yang digambarkan oleh beberapa gejala seperti nyeri epigastrik/abdomen, rasa penuh pada bagian epigastrik/abdomen, dan rasa penuh saat makan (cepat kenyang) (Laili, 2020).

##### **2. Etiologi dispepsia**

Menurut Wicaksana (2018) peningkatan produksi asam lambung menjadi penyebab yang sering sehingga terjadi peradangan. Infeksi bakteri akan menyebabkan terbentuknya borok-borok pada lambung atau tukak lambung. Berikut ini beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya penyakit dispepsia :

- a. Adanya infeksi bakteri *Helicobacter pylori* yang ditemukan dalam lambung.
- b. Mengonsumsi obat-obatan anti nyeri secara rutin seperti *Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs* (NSAIDs).
- c. Minuman alkohol yang dikonsumsi berlebihan dapat merangsang asam lambung sehingga mengiritasi permukaan lambung.
- d. Keadaan stress yang berlebihan yang disebabkan oleh adanya trauma, infeksi penyakit dan tindakan pembedahan.
- e. Asam empedu sebagai pembantu pencernaan lemak akan menyebabkan peradangan di lambung akibat adanya kerusakan pada cincin piloris karena tidak dapat berfungsi sebagai pencegah asam empedu ke lambung yang dilepaskan di usus kecil.

- f. Adanya serangan sel yang disebut autoimun gastritis akibat terserang penyakit *Hashimoto's disease*, *Addison's disease*, dan diabetes tipe 1.
- g. Adanya komplikasi dari penyakit lain seperti HIV/AIDS, *Crohn's disease*, infeksi parasit, gangguan ginjal dan hati.

1. Klasifikasi dispepsia

Menurut penelitian dari (Wicaksana, 2018) klasifikasi Dispepsia terdiri dari gastritis, ulkus gaster, ulkus duodenum, gastritis hemoragik, dan kanker.

1) Gastritis

Gastritis merupakan penyakit pencernaan yang adanya peradangan lapisan mukosa lambung.

2) Ulkus gaster

Ulkus gaster atau tukak lambung merupakan adanya kerusakan dinding lambung akibat dari enzim yang dihasilkan oleh mukus memakan bagian kecil lapisan dinding lambung sehingga menyebabkan dinding lambung berlubang dan isinya terjatuh ke dalam rongga perut

3) Ulkus duodenum

Ulkus duodenum atau tukak usus merupakan kerusakan pada dinding usus yang menyebabkan nyeri pada pencernaan.

4) Gastritis erosive

Gastritis erosif merupakan kondisi dinding lambung yang mengalami erosi yang telah mencapai pembuluh darah lambung.

5) Kanker

Kanker dimulai di dalam sel membentuk jaringan hingga sampai membentuk organ tubuh. Sel baru akan terbentuk walaupun tubuh tidak membutuhkan dan sel-sel tua atau rusak tidak akan mati sepenuhnya. Penumpukan sel ekstrak akan membentuk suatu massa dari jaringan yang disebut tumor.

b. Dispepsia fungsional

1) *Postprandial distress syndrom*

Postprandial distress syndrom atau sindrom distress setelah makan merupakan kondisi yang ditandai rasa tidak nyaman setelah makan, cepat kenyang sehingga tidak menghabiskan porsi makanan, dan gejala yang ditandai seperti kembung di perut bagian atas dan merasa mual.

## 2) *Epigastric pain syndrome*

Epigastric pain syndrom atau sindrom nyeri epigastrium adalah keadaan yang timbul rasa terbakar terlokalisasi di daerah perut atau epigastrium.

## 2. Patofisiologis 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 (Rohmawati, 2020).

### 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.

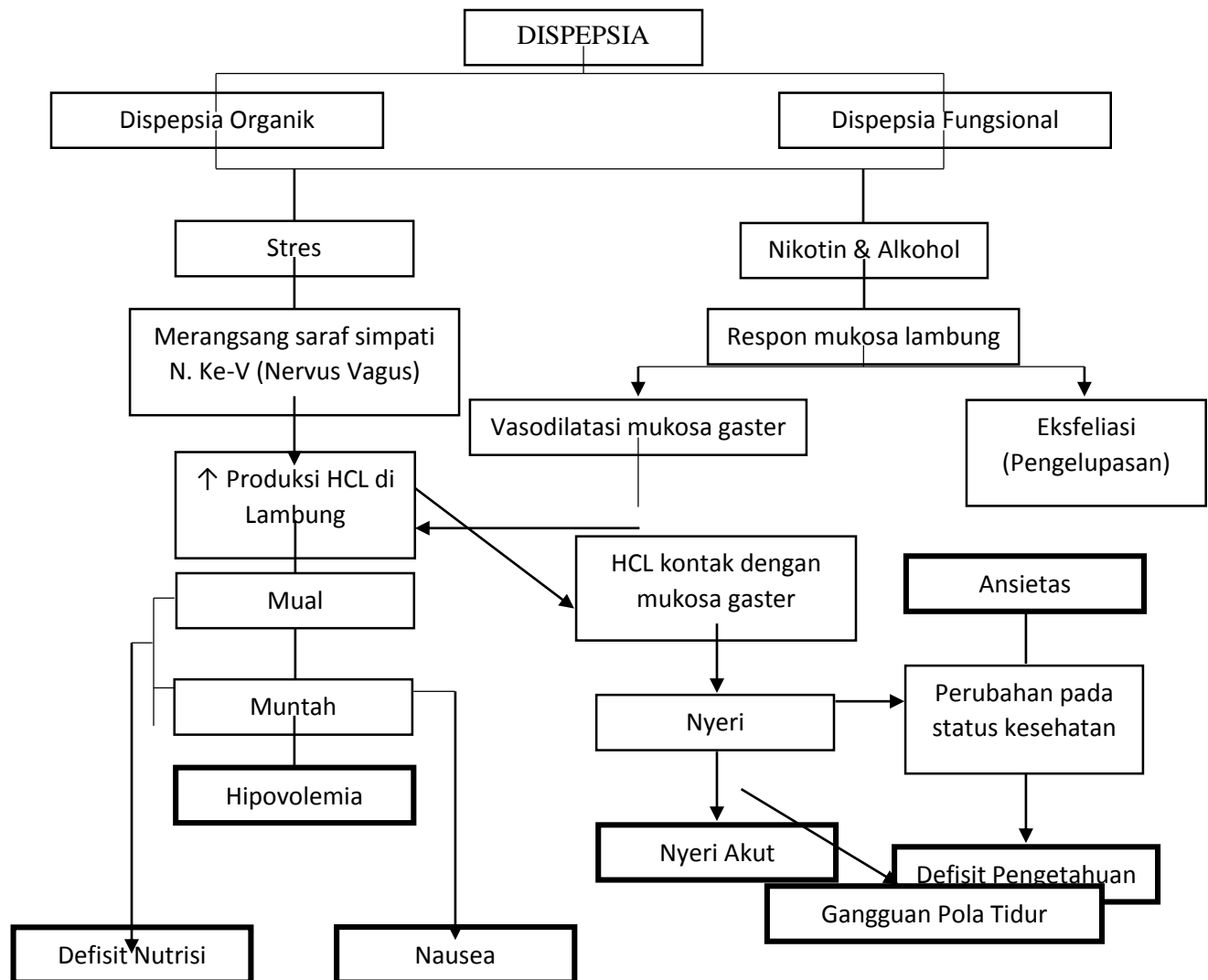
3. Penatalaksanaan Dispepsia

Penatalaksanaan dispepsia menurut Rohmawati (2020) mencakup pengaturan diet dan pengobatan medis, antara lain sebagai berikut:

- a. Membatasi konsumsi makanan yang dapat menyebabkan terjadinya dispepsia seperti mengonsumsi 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. Penyekat H<sub>2</sub> reseptor antagonists (H<sub>2</sub>RAs) h. Prokinetik dapat membantu proses pengosongan lambung
- h. Antibiotik. Pemberian dilakukan jika dyspepsia 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

## B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

### 1. Pathways



Bagan 2.1 Patways

### 2. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: Mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan dispepsia meliputi adanya nyeri perut, rasa pedih di ulu hati, mual kadang-kadang muntah, nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, perut kembung, rasa panas di dada dan perut, regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba).

### 3. Diagnosa keperawatan

#### a. Nyeri akut

##### 1) Pengertian

Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai 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 DPP PPNI, 2018).

##### 2) Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan)

##### 3) Manifestasi Klinis

###### a) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

- a) Mengeluh nyeri

Objektif :

- a) Tampak meringis
- b) Beikap proktaktif (mis. waspada posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat

- e) Sulit tidur
- b) Gejala dan Tanda Minor
  - Subjektif :
    - a) Tidak tersedia
  - Objektif
    - a) Tekanan darah meningkat
    - b) Pola napas berubah
    - c) Nafsu makan berubah
    - d) Proses berpikir terganggu
    - e) Menarik diri
    - f) Berfokus pada diri sendiri
    - g) Diaforesis
  - c) Kondisi Klinis Terkait
    - a) Kondisi pembedahan
    - b) Cedera traumatis
    - c) Infeksi
    - d) Sindrom coroner akut
    - e) Glaukoma

**b. Gangguan pola tidur**

1) Pengertian

**Gangguan pola tidur merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)**

2) Etiologi

- a) Hambatan lingkungan (mis: kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/Tindakan
  - b) Kurang control tidur
  - c) Kurang privasi
  - d) Restraint fisik
  - e) Ketiadaan teman tidur
  - f) Tidak familiar dengan peralatan tidur
- 3) Manifestasi Klinis
- a) Gejala dan Tanda Mayor
    - Subjektif :
      - a) Mengeluh sulit tidur
      - b) Mengeluh sering terjaga
      - c) Mengeluh tidak puas tidur
      - d) Mengeuh istirahat tidak cukup
    - Objektif : Tidak tersedia
  - b) Gejala dan Tanda Minor
    - Subjektif :
      - a) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
    - Objektif : Tidak tersedia
  - c) Kondisi Klinis Terkait
    - a) Nyeri/ kolik
    - b) Hipertiroidisme
    - c) Kecemasan
    - d) PPOK
    - e) Kehamilan
    - f) Periode pasca partum



g) Kondisi pasca operasi

**c. Risiko hipovolemia**

**1) Pengertian**

**Risiko hipovolemia merupakan diagnosis pembatasan yang didefinisikan sebagai risiko mengalami penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).**

**2) Faktor risiko**

- a) Kehilangan cairan secara aktif
- b) Gangguan absorbs cairan
- c) Usia lanjut
- d) Kelebihan berat badan
- e) Status hipermetabolik
- f) Kegagalan mekanisme regulasi
- g) Evaporasi
- h) Kekurangan intake cairan
- i) Efek agen farmakologis

**3) Kondisi Klinis Terkait**

- a) Penyakit Addison
- b) Trauma/pendarahan
- c) Luka bakar
- d) AIDS
- e) Penyakit crohn
- f) Muntah
- g) Diare

**4. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengulangi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhnya kebutuhan klien (Hasibuan, 2017).

Selanjutnya akan diuraikan rencana asuhan keperawatan dari diagnosa yang sudah ditegakkan (SDKI) sebagai berikut:

**a) Nyeri akut**

**SLKI : Tingkat Nyeri**

**SIKI : Manajemen Nyeri**

1) Tindakan

a) Observasi

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- (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 hidup
- (8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- (9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

b) Teraupetik

- (1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- (2) Kontrol lingkungan yang memberperat
- (3) Fasilitas istirahat dan tidur
- (4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

c) Edukasi

- (1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- (5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

**b. Gangguan pola tidur**

**SLKI : Pola Tidur**

**SIKI : Dukungan Tidur**

1) Tindakan

a) Observasi

(1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

(2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)

(3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)

(4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

b) Terapeutik

(1) Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)

(2) Batasi waktu tidur siang, jika perlu

(3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

(4) Tetapkan jadwal tidur rutin

(5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

(6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

c) Edukasi

(1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

(2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

(3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur

(4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM

(5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)

(6) Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

**c. Risiko hipovolemia**

**SLKI : Status Cairan**

**SIKI : Manajemen Hipovolemia**

1) Tindakan

a) Observasi

- (1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
- (2) Pantau intake dan output cairan

b) Terapeutik

- (1) Hitung kebutuhan cairan
- (2) Berikan posisi Trendelenburg yang dimodifikasi
- (3) Berikan asupan cairan oral

c) Edukasi

- (1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- (2) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCl, RL)
- (2) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
- (3) Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)
- (4) Kolaborasi mempersembahkan produk darah

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

## 5. Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017)

Menurut penelitian (Adinda, 2021) mengatakan evaluasi formatif (proses) adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan.

Evaluasi Sumatif (hasil) rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan. Focus evaluasi hasil (sumatif) adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna.

### **C. EVIDENCE BASED PRACTICE (EBP)**

1. Menurut penelitian dari Tumiwa et al (2023) yang berjudul Pengaruh pemberian teknik relaksasi napas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di IGD RSUD X. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian teknik relaksasi napas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di IGD RSUD X. Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian eksperimen semu (*Quasi Eksperimental*) dengan metode pendekatan *One Group Pretest-Posttest Design*. Sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan teknik *total sampling* dengan jumlah sampel 30 orang. Instrumen yang digunakan

adalah lembar kuesioner. Analisa data menggunakan teknik relaksasi nafas dalam sebagian besar pada skala 2 (nyeri sedang) sebanyak 31 orang (62,0%), 3 (nyeri berat) 10 orang (20,00%) sedangkan yang terendah skala 1 (nyeri ringan) sebanyak 9 orang (18,0%). Berdasarkan hasil uji Paired Sample t-test diperoleh nilai  $p = 0,000$  untuk itu berarti nilai  $p = 0,000$  lebih kecil dari pada nilai  $\alpha = 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak yang berarti ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat nyeri pada pasien sindroma dispepsia di IGD RSUD X.

2. Menurut penelitian dari Tuti Elyta et al (2022) yang berjudul Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Pasien Gastritis. Tujuan penelitian ini Memperoleh pengalaman dan pengetahuan secara nyata serta dapat mendokumentasikan dalam Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Intensitas Nyeri pada Asuhan Keperawatan Gastritis. Metode penelitian ini adalah Jenis Karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada dua pasien dengan Gastritis. Peneliti menjelaskan bahwa teknik relaksasi nafas dalam adalah bernafas dengan perlahan menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh. Dalam teknik ini merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, bagaimana perawat mengajarkan cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Hasil dari penelitian ini menunjukkan Evaluasi yang didapat pada pasien pertama Tn "H" didapatkan pasien tidak merasakan nyeri lagi, sebelum dilakukan Teknik relaksasi nafas dalam skala nyeri 5 (sedang), masalah nyeri teratasi, dan intervensi di hentikan. Untuk evaluasi yang didapat pasien kedua Ny "S" didapatkan skala 2 (Ringan), sebelum dilakukan Teknik relaksasi nafas dalam skala nyeri 6 (sedang), masalah nyeri teratasi Sebagian, dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

3. Menurut jurnal penelitian dari Zakiyah et al (2021) yang berjudul Definisi, Penyebab, Klasifikasi, Dan Terapi Sindrom Dispepsia mengatakan bahwa Dispepsia merupakan penyakit sindrom gejala yang ditandai dengan rasa nyeri atau tidak nyaman pada bagian atas atau ulu hati. Dispepsia organik antara lain karena terjadinya gangguan di saluran cerna atau di sekitar saluran cerna, seperti pankreas, kandung empedu dan lain-lain. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui definisi, penyebab, klasifikasi, dan terapi sindrom dispepsia. Metode yang digunakan dalam pembuatan review artikel ini adalah pengumpulan literature dari sumber jurnal yang ada yang berkaitan dengan dyspepsia secara umum yang bersumber dari google, google scholar, dan e-book dengan menggunakan kata kunci “dyspepsia”, “klasifikasi dyspepsia”, “penyebab dyspepsia”, dan “terapi dyspepsia” dalam pencarian literatur. Didapatkan hasil ispepsia organik terjadi karena adanya kelainan organik. Pada dispepsia organik terlihat kelainan yang nyata terlihatpada endoskopi terhadap organ saluran pencernaan seperti ulkus peptic atau yang dikenal dengan tukak peptik, gastritis, *stomach cancer*, *gastro esophageal reflux disease* (GERD), hiperasiditas. Terapi komplemeter atau terapi non farmakologis yang berguna untuk mengurangi nyeri yang terjadi pada lambung. Terapi ini dapatdilakukan dengan terapi aromaterapi, mendengar music, menonton televisi, memberikan sentuhan terapeutik, dan teknik relaksasi nafas dalam.