

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Medis

a. Definisi

Dispepsia merupakan penyakit sindrom gejala yang sering ditemukan dikalangan masyarakat yang ditandai dengan adanya rasa nyeri atau tidak nyaman pada bagian atas atau ulu hati (Satria, 2018) dalam (Zakiyah & dkk, 2021).

Dispepsia atau indigesti merupakan istilah yang sering digunakan untuk menjelaskan gejala yang umumnya dirasakan sebagai gangguan perut bagian atas. Dispepsia merupakan sekumpulan gejala atau sindrom yang terdiri dari nyeri ulu hati, mual, kembung, muntah, rasa penuh, atau cepat kenyang dan sendawa. Dispepsia sering ditemukan pada orang dewasa (Rahayu, 2020).

Dispepsia adalah ketidaknyamanan perut bagian atas yang terkait dengan makan (biasa disebut gangguan pencernaan), adalah gejala yang paling umum dari pasien dengan disfungsi gastrointestinal. Biasanya, makanan berlemak menyebabkan ketidaknyamanan karena membutuhkan proses pencernaan lebih lama dari pada protein atau karbohidrat. Salad dan sayuran hijau serta makanan berbumbu tinggi juga dapat menyebabkan gangguan pencernaan (Kardiyudiani, 2019)

Dispepsia didefinisikan sebagai rasa nyeri atau rasa tidak nyaman yang berpusat pada perut bagian atas, yang dapat disertai dengan keluhan-keluhan lain, seperti perut terasa cepat penuh (fullness), kembung (bloating), ataupun cepat merasa kenyang, meskipun baru makan lebih sedikit dari porsi biasanya (early satiety); dan tidak aberhubungan dengan fungsi kolon (Bayupurnama, 2019).

b. Etiologi

Dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai penyakit baik bersifat organik dan fungsional. Penyakit yang bersifat organik antara lain karena terjadinya gangguan di saluran cerna atau di sekitar saluran cerna, seperti pankreas, kandung empedu dan lain-lain. 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 dan 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 Drugs (NSAID) misalnya aspirin, Ibuprofen dan Naproven.
- f. Pola makan, pola makan yang tidak teratur ataupun makan yang terburu-buru dapat menyebabkan terjadinya dispepsia (Zakiyah & dkk, 2021).

Berdasarkan penyebabnya, Dispepsia dibedakan menjadi dua jenis, yaitu Dispepsia organik dan Dispepsia fungsional (Mardalena, 2018).

a. Dispepsia organik

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

- 1) Dispepsia tukak (*ulcus-like* Dispepsia). Gejala yang ditemukan biasanya nyeri ulu hati pada waktu tidak makan/perut kosong.
- 2) Dispepsia tidak tukak. Gejalanya sama dengan Dispepsia tukak, bisa pada pasien gastritis, duodenitis, tetapi pada pemeriksaan tidak ditemukan tanda-tanda tukak.
- 3) Refluks gastroesofagus. Gejala berupa rasa panas di dada dan regurgitasi terutama setelah makan.
- 4) Penyakit saluran empedu. Keluhan berupa nyeri mulai dari perut kanan atas atau ulu hati yang menjalar ke bahu kanan dan punggung.
- 5) Karsinoma

- a) Kanker esofagus. Keluhan berupa disfagia, tidak bisa makan, perasaan penuh diperut, penurunan berat badan, anoreksia, adenopati servikal, dan cegukan setelah makan.
- b) Kanker lambung. Jenis yang paling umum terjadi adalah adenokarsinoma atau tumor epitel. Keluhan berupa rasa tidak nyaman pada epigastrik, tidak bisa makan, dan perasaan kembung setelah makan.
- c) Kanker pankreas. Gejala yang paling umum antara lain penurunan berat badan, ikterik, dan nyeri daerah punggung atau epigastrik.
- d) Kanker hepar. Gejala berupa nyeri hebat pada abdomen dan mungkin menyebar ke scapula kanan, penurunan berat badan, epigastrik terasa penuh, dan anoreksia.
- e) Obat-obatan golongan *Non Steroid Inflammamatory Drugs* (NISD) dengan keluhan berupa rasa sakit atau tidak enak di daerah ulu hati, disertai mual dan muntah.
- f) Pankreatitis, keluhan berupa nyeri mendadak yang menjalar ke punggung, perut terasa makin tegang dan kencang.
- g) Sindrom malabsorpsi, keluhan berupa nyeri perut, nausea, anoreksia, sering flatus dan perut kembung.
- h) Gangguan metabolisme adalah kondisi dimana tubuh menghasilkan nutrisi yang berlebihan atau yang kurang bagi tubuh.

b. Dispepsia fungsional

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

- 1) Faktor asam lambung, pasien biasanya sensitive terhadap kenaikan produksi asam lambung dan hal tersebut menimbulkan nyeri.
- 2) Kelainan psikis, stres, dan faktor lingkungan. Stres dan faktor lingkungan berperan penting pada kelainan fungsional saluran cerna, menimbulkan gangguan sirkulasi, motilitas, klan vaskularisasi.
- 3) Gangguan motilitas. Mekanisme timbulnya gejala Dispepsia mungkin dipengaruhi oleh susunan saraf pusat, gangguan motilitas di antaranya pengosongan lambung lambat, abnormalitas kontraktif, refluks gastroduodenal.
- 4) Penyebab lain-lainnya seperti adanya kuman *Helicobacter pylori*, gangguan motilitas atau gerak mukosa lambung, konsumsi banyak makan berlemak, kopi, alkohol, rokok, perubahan pola makan dan pengaruh obat-obatan yang dimakan secara berlebihan dan dalam waktu lama (Mardalena, 2018).

c. Manifestasi Klinis

Rasa penuh, cepat kenyang, kembung setelah makan, mual muntah, sering bersendawa, tidak nafsu makan, nyeri ulu hati dan dada atau regurgitas asam lambung kemulut. Gejala dispepsia akut dan kronis berdasarkan jangka waktu tiga bulan meliputi: rasa sakit dan tidak enak di ulu hati, perih, mual, berlangsung lama dan sering kambuh dan disertai dengan ansietas dan depresi (Purnamasari, 2017).

Gejala dan tanda dispepsia sangat bervariasi, tetapi sesuai definisi gejala tersebut bersumber di daerah epigastrium.

d. Pathofisiologi

Dyspepsia menjadi dua kelompok yaitu dyspepsia struktural (organik) dan dyspepsia fungsional (nonorganik). Dyspepsia organik terdapat kelainan yang nyata terhadap organ tubuh misalnya tukak (*ulkus peptikum*), *gastritis*, *stomach cancer*, *gastroesophageal refluxdisease*, *hyperacidity*. Dypepsia nonorganik merupakan dyspepsia non ulkus (DNU), dan tidak jelas penyebabnya. faktor penyebab dari dyspepsia antara lain adalah stress, pola hidup seperti minum kopi, konsumsi alkohol dan merokok menjadi faktor pemicu terjadinya rasa tidak nyaman pada perut. Hal tersebut dikarenakan adanya peningkatan asam lambung (HCL) yang mengiritasi mukosa lambung. Pada kasus dyspepsia fungsional umumnya mempunyai tingkat sekresi asam lambung, baik sekresi basal maupun dengan strimulus pentagastrin, yang rata – rata normal. Diduga terdapat peningkatan sensitivitas mukosa lambung terhadap asam yang menimbulkan rasa tidak enak di perut (Djojoningrat, 2018).

Peningkatan sensitivitas mukos 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 (Rani et al., 2018). Adanya peningkatan asam lambung dapat menyebabkan respon mual dan muntah sehingga menyebabkan defisit nutrisi dan risiko ketidakseimbangan cairan pada tubuh. Peningkatan asam lambung (HCL) yang mengiritasi mukosa lambung memicu nyeri epigastric sehingga terjadi nyeri akut. Nyeri akut menyebabkan adanya perubahan kesehatan yang mengakibatkan pasien cemas karena kurang pengetahuan tentang respon tubuh pasien terhadap penyakit.

e. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Zakiyah, W, dkk (2021), sebagai berikut :

1) Farmakologi

a) Antihiperasiditas

(1) Antasida

Antasida berfungsi untuk menetralkan sekresi lambung, antasida mengandung zat yang tidak larut dalam air seperti natrium bikarbonat, $Al(OH)_3$, $Mg(OH)_2$ dan magnesium trisiklat. Pemberian antasida tidak dapat dilakukan terus menerus, karena hanya bersifat simptomatis untuk mengurangi nyeri.

(2) $NaHCO_3$

Antasida jenis ini larut dalam air dan bekerja cepat, namun dapat menyebabkan darah bersifat basa (alkalosis) jika dosisnya berlebihan.

(3) Kombinasi Bismut dan kalsium

Kombinasi pada Bi dan Ca dapat membentuk lapisan pelindung pada lesi lambung. Namun obat ini diabaikan pilihan terakhir karena bersifat neurotoksik yang menyebabkan kerusakan otak dengan gejala kejang – kejang dan kebingungan atau yang dikenal dengan ensefalopati. Selain itu dapat menyebabkan konstipasi dan kalsium dapat menyebabkan sekresi lambung yang berlebihan, kelebihan kalsium dapat menyebabkan hiperkalsemia.

(4) Sukralfat

Sukralfat berfungsi untuk melindungi tukak lambung agar tidak teriritasi asam lambung dengan membentuk lapisan – lapisan pelindung.

b) Antikolinergik

Obat yang termasuk golongan ini yang agak selektif yaitu pirenzepin yang bekerja sebagai anti reseptor muskarinik yang dapat menekan sekresi asam lambung sekitar 28 % - 43% .

c) Antagonis reseptor H₂

Obat yang termasuk golongan obat ini adalah simetidin, nizatidin, roksatidin dan famotidin. Ranitidin merupakan yang paling banyak digunakan dalam pemilihan obat ini. Golongan obat

ini paling banyak di gunakan untuk mengobati dispepsia organik atau esensial seperti tukak peptik dengan mekanisme penghambatan reseptor H₂ sehingga sekresi asam lambung berkurang.

d) Proton pump inhibitor (PPI)

Obat – obatan yang termasuk golongan PPI adalah omeprazol, esomeprazol, lansoprazol dan pantoprazol. Golongan obat ini mengatur sekresi asam lambung pada stadium akhir dari proses sekresi asam lambung pada pompa yang merupakan tempat keluarnya proton.

e) Sitoprotektif

Obat yang termasuk golongan ini prostaglandin sintetis seperti misoprostol dan enprostil. Selain bersifat sitoprotektif juga dapat menekan sekresi asam lambung oleh sel parietal. Sukralfat berfungsi meningkatkan prostaglandin endogen, yang selanjutnya memperbaiki mikrosirkulasi, meningkatkan produksi mucus dan meningkatkan sekresi bikarbonat mukosa, serta membentuk lapisan protektif yang bersenyawa dengan protein sekitar lesi mukosa saluran cerna bagian atas.

f) 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.

g) Golongan anti depresi

2) Non Farmakologi

a) Mengurangi stress

b) Mengatur pola hidup sehat

c) Terapi kompres hangat atau dingin

d) Terapi komplementer

f. Pemeriksaan Penunjang

1) Tes Darah

Hitung darah lengkap dan LED normal membantu menyingkirkan kelainan serius. Hasil tes sebagai positif *Helicobacter pylori* menunjukkan ulkus peptikum namun belum menyingkirkan keganasan saluran pencernaan.

2) Endoskopi (*esofago – gastro - duodenoskopi*)

Endoskopi adalah tes definitive untuk esofagitis, penyakit epitellium Barret, dan ulkus peptikum, Biopsi antrum untuk tes ureumse untuk *H.pylori* (tes CLO). Endoskopi di rekomendasikan sebagai investigasi pertama pada evaluasi penderita dispepsia dan sangat penting untuk dapat mengklasifikasi keadaan pasien apakah dispepsia organik atau fungsional. Dengan endoskopi dapat dilakukan biopsy mukosa untuk mnegetahui keadaan patologis mukosa lambung.

3) DPL : Anemia mengarahkan keganasan

4) EGD : Tumor, PUD, penilaian esofagitis

5) Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium termasuk hitung darah lengkap, laju endap darah, amylase, lipase, profil kimia, dan pemeriksaan ovum dan parasit tinja. Jika terdapat emesis atau penegeluaran darah lewat saluran cerna maka di anjurkan melakukan pemeriksaan barium pada saluran cerna bagian atas.

2. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan yang pertama dan utama yang juga bisa dikatakan menjadi bagian yang menentukan keberhasilan tahapan proses keperawatan. Kriteria dalam pengkajian harus mencakup tersedianya format pengkajian dan data harus valid dan akurat (Wedho, et al., 2015 dalam Silla, 2019).

Pengkajian ini bisa berisi tentang data subjektif dan objektif dari pasien seperti pemeriksaan tanda-tanda vital, wawancara pada pasien atau keluarga, dan pemeriksaan fisik. Pengkajian bisa didapatkan berdasarkan pada teori keperawatan yang dikembangkan oleh Callisa Roy, Wanda Horta, Dorothea Orem, atau para kerangka pengkajian standar seperti pola Kesehatan Fungsional menurut Marjory Gordon. Menurut Pranata, et al (2014), (dalam Widiana, 2021) pengkajian utama yang bisa dilakukan yaitu :

a. Biodata atau identitas diri

Pada data yang didapatkan, presentase perempuan jauh lebih banyak dan lebih tinggi mengalami dyspepsia dibandingkan pasien laki – laki .

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang paling utama dirasakan oleh pasien dyspepsia dan harus segera ditangani. Keluhan utama yang sering ditemukan pada pasien dyspepsia ini biasanya adalah nyeri.

c. Riwayat penyakit (sekarang, dahulu dan keluarga)

Melihat dan menanyakan tentang riwayat penyakit dari pasien yang pernah dialami seperti asam urat, kolesterol tinggi, kadar kalsium tinggi dalam darah dan lain-lain.

d. Pola psikososial

Pola psikososial berpengaruh terhadap pasien dyspepsia, dan akan berdampak kepada fokus pasien yang akan merasakan tidak nyaman dengan nyeri yang dirasakan sehingga akan berfokus hanya pada sakit dan dirinya sendiri.

e. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Pola aktivitas harian pasien ureterolithiasis akan terganggu karena rasa nyeri yang dialami dan dirasakan. Pemenuhan kebutuhan cairan dan nutrisi juga bisa saja terganggu karena pasien mengalami mual dan muntah dan nyeri.

f. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik ini akan dilakukan pemeriksaan tandatanda vital pasien dan juga mengobservasinya. Pemeriksaan head to toe juga dilakukan untuk mengetahui apakah ada masalah atau gangguan lainnya selain dyspepsia ini.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau bisa juga kelompok dimana perawat dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual ataupun potensial (Silla, 2019).

a. **Nyeri Akut (D.0077)**

1) Pengertian

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 3 bulan.

2) Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, 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

(1) Mengeluh nyeri

Objektif

(1) Tampak meringis

(2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)

(3) Gelisah

(4) Frekuensi nadi meningkat

(5) Sulit tidur

b) Gejala dan tanda minor

Subjektif

-

Objektif

(1) Tekanan darah meningkat

(2) pola napas berubah

(3) nafsu makan berubah

- (4) proses berpikir terganggu
- (5) Menarik diri
- (6) Berfokus pada diri sendiri
- (7) Diaforesis

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

b. Gangguan pola tidur (D.0055)

1) Pengertian

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

2) Etiologi

- a) Hambatan lingkungan (mis. keseimbangan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/tindakan/ pemeriksaan)
- b) Kurang kontrol 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

- (1) Mengeluh sulit tidur
- (2) Mengeluh sering terjaga
- (3) Mengeluh tidak puas tidur
- (4) Mngeluh pola tidur berubah
- (5) Mengeluh istirahat tidak cukup

b) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- (1) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Nyeri / Kolik
- b) Hipertiroidisme
- c) Kecemasan
- d) Penyakit paru obstruktif kronis
- e) Kehamilan
- f) Problem pasca partum
- g) Kondisi pasca operasi

c. Risiko defisit nutrisi (D.0032)

1) Pengertian

Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2) Faktor Risiko

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis. stress. Keinginan untuk makan)

3) Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Parkinson
- c) *Mobius Syndrome*
- d) *Cerebral Palsy*
- e) *Cleft Lip*
- f) *Cleft Palate*
- g) *Amyotrophic Lateral Sclerosis*
- h) Kerusakan Neuromuskular
- i) Luka Bakar
- j) Kanker
- k) Infeksi
- l) AIDS
- m) Penyakit Crohn's

- n) Enterokoltis
- o) Fibrosis Kistik

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan merupakan tahap dimana perawat harus mampu berpikir kritis dalam merumuskan dan menentukan rencana keperawatan yang nantinya akan diberikan kepada pasien. Rencana keperawatan ini tertulis untuk digunakan sebagai kebutuhan klien jangka panjang (Potter, 1997 dalam Silla, 2019). Dalam intervensi ini terdapat intervensi independen dan ada juga intervensi kolaboratif. Intervensi independen merupakan intervensi yang dilakukan oleh perawat secara mandiri tanpa bantuan dari tenaga kesehatan lain. Intervensi kolaboratif merupakan intervensi yang dilakukan dengan bantuan dari tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan lain-lain.

a. Nyeri Akut (D.0077)

SLKI : Tingkat Nyeri

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat atau konstan

2) Ekspektasi : Menurun

3) Kriteria Hasil

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkatkan	Meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5

	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
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perinium terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus terasa 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

	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
Napsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

Tabel 2. 1 SLKI Tingkat Nyeri

SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)

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. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

Terapeutik

1. Berikan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (Kompres hangat)
2. Fasilitasi istirahat dan tidur
3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Edukasi :

1. Jelaskan periode, penyebab, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu

b. Gangguan Pola Tidur (D. 0055)

SLKI : Pola Tidur (L. 08064)

1) Definisi

Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur

2) Ekspektasi : Membaik

3) Kriteria Hasil

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Keluhan sulit tidur	1	2	3	4	5
Keluhan sering terjaga	1	2	3	4	5
Keluhan tidak puas tidur	1	2	3	4	5
Keluhan istirahat tidak cukup	1	2	3	4	5
Kemampuan beraktivitas	1	2	3	4	5

Tabel 2. 2 SLKI Pola Tidur

SIKI : Dukungan Tidur (I.05174)

Observasi :

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
2. Identifikasi faktor pengganggu tidur

Terapeutik

1. Modifikasi lingkungan
2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan

Edukasi :

1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur
4. Ajarkan relaksasi autogenik atau cara nonfarmakologis

c. Risiko Defisit Nutrisi

SLKI : Status Nutrisi (L. 03030)

1) Definisi

Keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

2) Ekspektasi : Membaik

3) Kriteria hasil

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Porsi makan yang dihabiskan	1	2	3	4	5
Kekuatan otot mengunyah	1	2	3	4	5
Kekuatan otot menelan	1	2	3	4	5
Serum albumin	1	2	3	4	5
Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi	1	2	3	4	5
Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat	1	2	3	4	5
Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat	1	2	3	4	5
Penyiapan dan penyimpanan	1	2	3	4	5

n makanan yang aman					
Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman	1	2	3	4	5
Sikap terhadap makanan /minuman sesuai dengan tujuan kesehatan	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Menigkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Perasaan cepat kenyang	1	2	3	4	5
Nyeri abdomen	1	2	3	4	5
Sariawan	1	2	3	4	5
Rambut rontok	1	2	3	4	5
Diare	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Berat badan	1	2	3	4	5
Indeks Masa Tubuh (IMT)	1	2	3	4	5
Frekuensi makan	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Bising usus	1	2	3	4	5
Tebal lipatan kulit trisep	1	2	3	4	5
Membran mukosa	1	2	3	4	5

Tabel 2. 3 Status Nutrisi

SIKI : Manajemen Nutrisi (03119)

Tindakan

Observasi

1. Identifikasi status nutrisi
2. Identifikasi alergi dan intoleransi makan
3. Identifikasi makanan yang disukai
4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
5. Identifikasikan perlunya penggunaan selang nasogastrik
6. Monitor asupan makanan
7. Monitor berat badan
8. Monitor hasil pemeriksaan berat badan

Terapeutik

1. Lakukan *oral hygiene* sebelum makan, jika perlu
2. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai
3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Edukasi

1. Anjurkan posisi duduk jika perlu
2. Ajarkan diet yang di programkan

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap keperawatan yang ada dalam proses asuhan keperawatan. Dalam implementasi ini terdapat susunan dan tatanan pelaksanaan yang nantinya akan mengatur kegiatan pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan dan juga intervensi yang sudah ditetapkan. Implementasi ini juga mengacu

pada kemampuan perawat baik secara praktik maupun intelektual (Lingga, 2019 dalam Aprilia, 2022). Dalam hal ini peneliti akan melakukan Kompres hangat untuk menurunkan nyeri pada pasien dyspepsia.

Kompres hangat dengan cara memasukan air panas dengan suhu 47,5 derajat selama 15 menit, kompres hangat sering digunakan untuk mengurangi nyeri yang berhubungan dengan ketegangan otot walaupun dapat juga digunakan untuk mengurangi nyeri lainnya. Kompres hangat dengan menggunakan buli – buli panas yang melalui metode konduksi di mana terjadi pemindahan panas dari buli – buli ke dalam tubuh sehingga menyebabkan pelebaran pembuluh darah, sirkulasi menjadi lancar dan akan merilekskan otot yang mengalami ketegangan, sehingga rasa nyeri berangsur – angsur akan berkurang bahkan menghilang (Merdianita, 2013).

Implementasi atau pelaksanaan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan yang sudah direncanakan sebelumnya untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat. Kemampuan yang harus dimiliki perawat dalam melakukan implementasi keperawatan adalah teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan dalam advokasi dan memberikan evaluasi (Asmadi, 2008 dalam Silla, 2019).

Pada tahap implementasi ini perawat dapat melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan pada tahap implementasi ini perawat dapat melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan dan diterapkan kepada pasien untuk mencapai tingkat kesembuhan yang diharapkan. Tahap implementasi ini dilakukan setelah rencana tindakan tersusun. Ada beberapa tahap yang akan dilakukan dalam implementasi yakni tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap pendokumentasian (Silla, 2019).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan paling terakhir dalam proses asuhan keperawatan (Silla, 2019). Evaluasi adalah tindakan intelektual yang melengkapi proses asuhan keperawatan dimana dapat menandakan sejauh mana diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan juga implementasi keperawatan berhasil dicapai. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk dapat melihat seberapa kemampuan pasien dalam mencapai tujuan (Aprilia, 2022).

Menurut Nanda (2020), terdapat dua jenis evaluasi :

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif ini lebih berproses pada aktivitas proses keperawatan dan dari hasil tindakan keperawatan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni Subjektif, Objektif, Analisis dan Perencanaan.

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan pasien dan yang dikatakan oleh pasien ataupun oleh keluarga.
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnosa keperawatan pasien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan objektif
- 4) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif ini merupakan evaluasi yang dilakukan kepada pasien setelah semua aktivitas dan tindakan keperawatan telah dilakukan. Evaluasi sumatif

ini bertujuan untuk menilai dan juga memonitor kualitas asuhan keperawatan yang sudah dilakukan dan diberikan kepada pasien. Ada tiga kemungkinan evaluasi yang terkait dengan capaian tujuan keperawatan, yaitu :

- 1) Tujuan tercapai atau bisa juga masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang ditentukan sebelumnya.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau bisa juga masalah teratasi sebagian, pasien masih belum mencapai tujuan yang ditetapkan dan masih ada kemungkinan untuk mengalami perubahan untuk mencapai tujuan yang sudah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masalah belum teratasi, jika pasien hanya menunjukkan perubahan sedikit atau bahkan tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan apapun

C. Evidence Base Practice (EPB)

1. Jurnal 1

Pada Jurnal pertama berjudul “Pengaruh Terapi Kompres Hangat Dengan Wwz (*Warm Water Zack*) Terhadap Nyeri Pada Pasien Dyspepsia” disusun oleh R. Nur Abdurakhman Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon, dalam penelitian ini didapatkan hasil rancangan penelitian ini adalah one group pretest-posttest design, dilakukan terhadap satu kelompok tanpa adanya kelompok kontrol atau pembanding. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang didiagnosa dyspepsia sebanyak 15 pasien pada tanggal 12 - 14 Maret 2020. Dari data yang didapatkan pada penelitian tersebut bahwa, sebelum dilakukan intervensi menunjukkan bahwa dari 15 responden, skala nyeri sebelum dilakukan terapi kompres hangat dengan WWZ (*Warm Water Zack*) dengan skala 4-6 (nyeri sedang) sebanyak 5 (33,33%) dan

skala nyeri dengan 7-10 (nyeri berat) sebanyak 10 (66,66%) responden. Dan setelah dilakukan intervensi menunjukkan bahwa dari 15 responden, skala nyeri setelah dilakukan terapi kompres hangat dengan WWZ (*Warm Water Zack*) dengan skala 1-3 (nyeri ringan) sebanyak 9 (60%) dan skala nyeri dengan 4-6 (nyeri sedang) sebanyak 6 (40%) responden.(Abdurakhman, Indragiri and Setiyowati, 2020)

2. Jurnal 2

Pada jurnal ke dua “Penatalaksanaan Terapi Kompres Air Hangat Untuk Mengatasi Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Dyspepsia Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit” disusun oleh Rika Saputri, Rifka Zalila, Gustin Aprilianti, Program Studi DIII Keperawatan, Akademi Keperawatan Pembina Palembang. Dari hasil jurnal subjek dari penelitian studi kasus ini adalah 2 pasien Dyspepsia yang didapatkan di ruang Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara M Hasan Palembang. Pasien pertama berinisial Tn ,R’ yang berusia 39 tahun dengan skala nyeri 6 dan pasien kedua dengan inisial inisial Ny ‘M’ yang berusia 24 tahun dengan skala nyeri 5. Setelah dilakukan implemementasi Pada Tn. R didapatkan hasil setelah dilakukan kompres hangat di hari ke 3 didapatkan skala berubah menjadi 3 dan pada Ny. M setelah dilakukan kompres hangat di hari ke 3 skala nyeri berubah menjadi 2. (Saputri *et al.*, 2023)

3. Jurnal 3

Pada jurnal ke tiga dengan judul “Penerapan Kompres Hangat Dalam Menurunkan Skala Nyeri Pada Klien Gastritis” oleh Shelby Indah Cantika P, Syaukia Adini, Arip Rahman Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, Indonesia,

di dapatkan data Penelitian ini dilakukan di ruang melati lantai 3 RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya merupakan penelitian kualitatif dengan metode penelitian studi kasus. Subyek pada penelitian ini adalah klien dengan diagnosa medis gastritis yang berjumlah 2 orang dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusi tersebut adalah klien dengan jenis kelamin perempuan, klien dalam rentang usia produktif (20-50 tahun), klien gastritis yang mengalami nyeri ulu hati dengan skala nyeri sedang (4-6) serta bersedia menjadi subyek studi dan mengisi informed consent, sedangkan untuk kriteria eksklusinya adalah klien yang tidak mengalami penyakit gastritis dan klien yang tidak bersedia menjadi subyek studi. Penerapan kompres hangat ini dilakukan selama 3 hari perawatan untuk setiap respondennya dan pemberian kompres hangat pada klien gastritis menggunakan buli-buli berisikan air hangat dengan suhu 47.5°C selama 15 menit. Intervensi diberikan selama 3 hari perawatan pada kedua responden sebanyak 2 kali dalam sehari. Kemudian, data yang sudah dikumpulkan akan diolah dan dilakukan analisis dengan teknik analisis yang digunakan yaitu dengan cara observasi dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk diinterpretasikan dan dibandingkan antara kasus I dengan kasus II dan antara teori/standar yang ada dengan kasus sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Dari hasil penelitian menunjukkan data sebelum dan setelah dilakukan tindakan kompres hangat pada klien 2. Klien 2 pada hari ke-1 tanggal 21 April 2022 mengalami skala nyeri 5. Pada saat itu juga peneliti melakukan intervensi dan saat dievaluasi klien mengatakan skala nyeri berkurang sedikit menjadi 4, hari ke-2 tanggal 22 April 2022 klien mengatakan skala nyeri menjadi 2 dan hari ketiga pada tanggal 23 April 2022 klien mengatakan nyeri sudah tidak terasa.(Cantika P, Adini and Rahman, 2022)