

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Dispepsia**

##### **2.1.1 Definisi Dispepsia**

Dispepsia berasal dari bahasa Yunani, yaitu dys- (buruk) dan –peptin yang berupa Pencernaan (Abdullah, 2012). Dispepsia merupakan istilah yang digambarkan sebagai suatu kumpulan gejala atau sindrom yang meliputi nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati, kembung, mual, muntah, sendawa, terasa cepat kenyang, perut terasa penuh atau begah. Hal ini akan mengakibatkan terjadinya ketidakseimbangan proses metabolisme yang mengacu pada semua reaksi biokimia tubuh termasuk kebutuhan akan nutrisi (Ristianingsih, 2017).

Dispepsia merupakan istilah yang digunakan untuk suatu sindrom atau kumpulan gejala/keluhan yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati, kembung, mual, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, perut rasa penuh/begah (Putri dkk, 2016).

##### **2.1.2 Etiologi**

Menurut Fithriyana (2018) Dispepsia disebabkan karena makan yang tidak teratur sehingga memicu timbulnya masalah lambung dan pencernaannya menjadi terganggu. Ketidakteraturan ini berhubungan dengan waktu makan, seperti berada dalam kondisi terlalu lapar namun kadang-kadang terlalu kenyang. Selain itu kondisi faktor lainnya yang memicu produksi asam lambung berlebihan, diantaranya beberapa zat kimia, seperti alcohol, umumnya obat penahan nyeri, asam cuka, makanan dan minuman yang bersifat asam, makanan yang pedas serta bumbu yang merangsang.

##### **2.1.3 Patofisiologis**

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.

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 (Rani, 2011).

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 (Djojoningrat, 2009).

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 (Djojoningrat, 2009).

#### **2.1.4 Diagnosis Dispepsia**

Menurut Putri dkk (2018) salah satu diagnosis Dispepsia dapat ditegakkan atas dasar pemeriksaan Endoskopi. Hasil pemeriksaan endoskopi saluran cerna atas yang sering ditemukan dari kasus dispepsia yaitu gastritis, dispepsia fungsional, gastritis erosif, dan duodenitis. Lokasi kelainan dispepsia sering ditemukan pada lambung diikuti duodenum. Hasil pemeriksaan endoskopi dapat

ditemukan normal walaupun gejala dispepsia tersebut ada hal ini dinamakan dengan istilah dispepsia fungsional (Kumar dkk, 2012). Pemeriksaan lain untuk menegakkan diagnosis dispepsia dapat berupa tes darah, pemeriksaan nafas, pemeriksaan feses, ultrasonografi abdomen dan pemeriksaan pencitraan (X-ray atau CT scan).

### **2.1.5 Penatalaksanaan Dispepsia**

Penatalaksanaan dispepsia menurut Arimbi (2012) mencakup pengaturan diet dan pengobatan medis, antara lain sebagai berikut:

- a. Membatasi konsumsi makanan yang dapat menyebabkan terjadinya dispepsia seperti mengkonsumsi 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
- i. Antibiotik. Pemberian dilakukan jika dyspepsia disebabkan oleh infeksi
- j. Anti-depressants atau anti-anxiety dapat digunakan untuk menghilangkan rasa tidak nyaman yang disebabkan oleh dispepsia dengan menurunkan sensasi nyeri yang dialami
- k. Psikoterapi

## **2.2 Colic Abdomen**

### **2.2.1 Definisi Colic Abdomen**

Colic Abdomen adalah rasa nyeri pada perut yang sifatnya hilang timbul dan bersumber dari organ yang terdapat dalam abdomen (perut). Hal yang mendasari hal ini adalah infeksi pada organ di dalam perut (mencret, radang kandung empedu, radang kandung kemih), sumbatan dari organ perut (batu empedu, batu ginjal). Pengobatan yang diberikan adalah penghilangan rasa sakit dan penyebab utama dari organ yang terlibat. Bila infeksi dari kandung kemih atau kandung empedu maka pemberian antibiotik, bila ada batu di kandung empedu maka operasi untuk angkat kandung empedu (Reeves, 2011).

### **2.2.2 Etiologi**

Menurut Pediatri (2012) Adapun yang menjadi penyebab dari colic abdomen yaitu :

- a. Secara mekanis :
  1. Adhesi (pertumbuhan bersatu bagian-bagian tubuh yang berdekatan karena radang)
  2. Karsinoma
  3. Volvulus (penyumbatan isi usus karena terbelitnya sebagian usus di dalam usus)
  4. Obstipasi (konstipasi yang tidak terobati)
  5. Polip (perubahan pada mukosa hidung)
- b. Fungsional (non mekanik)
  1. Ileus paralitik (Keadaan abdomen akut berupa kembung distensi usus tidak dapat bergerak)
  2. Lesi medula spinalis (Suatu kerusakan fungsi neurologis yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas)
  3. Enteritis regional
  4. Ketidak seimbangan elektrolit
  5. Uremia (Kondisi yang terkait dengan penumpukan urea dalam darah karena ginjal tidak bekerja secara efektif).

### 2.2.3 Data Penunjang

- a. Pemeriksaan fisik : Tanda - tanda vital
- b. Pemeriksaan abdomen : lokasi nyeri
- c. Pemeriksaan rectal
- d. Laboratorium : leukosit, Hb
- e. Sinar X abdomen menunjukkan gas atau cairan di dalam usus
- f. Barium enema menunjukkan kolon yang terdistensi, berisi udara atau lipatan sigmoid yang tertutup.

### 2.3 Gambaran Umum Proses Asuhan Gizi Terstandar

Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) adalah metode pemecahan masalah yang sistematis, yang mana dietisien profesional menggunakan cara berfikir kritisnya dalam membuat keputusan-keputusan untuk menangani berbagai masalah yang berkaitan dengan gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang efektif dan berkualitas. Proses asuhan gizi hanya dilakukan pada pasien atau klien yang teridentifikasi resiko gizi atau sudah malnutrisi dan membutuhkan dukungan gizi individual. Identifikasi resiko gizi dilakukan melalui skrining gizi, dimana metodenya tergantung dari kondisi dan fasilitas setempat. Misalnya menggunakan *Subjective Global Assesment* (SGA) (Sumapradja, 2011).

Proses asuhan gizi terstandar merupakan siklus yang terdiri dari langkah yang berurutan dan saling berkaitan yaitu :

1. Pengkajian gizi (*assessment*)
2. Diagnosa gizi
3. Intervensi gizi
4. Monitoring dan evaluasi gizi (Sumapradja, 2011).

#### 2.3.1 Pengkajian Gizi (*Assessment*)

Pengkajian gizi merupakan kegiatan mengumpulkan dan menganalisa data untuk identifikasi masalah gizi yang terkait dengan aspek-aspek asupan zat gizi dari makanan serta aspek klinis dan perilaku lingkungan yang disertai penyebabnya. Langkah pertama dalam PAGT ini merupakan proses yang dinamakan proses berkelanjutan, bukan hanya pengumpulan data awal tetapi merupakan pengkajian dan analisi ulang kebutuhan pasien. Langkah ini

merupakan dasar untuk menegakkan diagnosa gizi. Data individual yang diperoleh langsung dari pasien atau klien melalui wawancara, observasi dan pengukuran ataupun melalui petugas kesehatan lain atau institusi yang merujuk seperti rekam medis ataupun pemeriksaan laboratorium. Menurut Kemenkes (2014) pengelompokan pengkajian data gizi awal terdiri dari :

### **1. Antropometri**

Antropometri adalah hal yang berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara lain: berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas dan tebal lemak dibawah kulit Antropometri sangat umum digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan energi dan protein. Gangguan ini biasanya terlihat dari pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh. (Supariasa *dkk*, 2016).

IMT ditentukan dengan cara mengukur berat dan tinggi badan secara terpisah kemudian nilai berat dan tinggi tersebut dibagikan untuk mendapatkan nilai IMT dalam satuan  $\text{kg}/\text{m}^2$ . Nilai IMT diberikan atas lima kriteria yaitu: kurus berat ( $<17 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), kurus ringan ( $17,0 - 18,4 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), normal ( $18,5 - 25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), gemuk ringan ( $25,1 - 27,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) dan gemuk berat ( $> 27 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) (Situmorang, 2015).

### **2. Biokimia**

Data biokimia meliputi hasil pemeriksaan laboratorium yang berkaitan dengan status gizi, gangguan metabolik dan gambaran fungsi organ yang berpengaruh dalam masalah gizi (Kemenkes RI, 2013).

### **3. Fisik dan klinis**

Pemeriksaan fisik meliputi kesan klinis keadaan gizi, wasting otot dan lemak subkutan, kesehatan mulut, kemampuan menghisap, menelan dan bernafas serta nafsu makan.

#### **4. Riwayat gizi dan makanan**

##### **a. Kebiasaan makan**

Kebiasaan makan dapat diukur dengan metode dietary history (riwayat makan), food record (pencatatan), food frequency (frekuensi makan) dan food weight (penimbangan makanan) (Susanti dan Bistara, 2018).

##### **b. Tingkat Konsumsi**

Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Tingkat konsumsi biasanya merupakan hasil dari persenan food recall dibagi kebutuhan zat gizi seseorang. Lalu dari hasil tersebut kita bisa melihat apakah yang ia makan selama ini kurang, cukup atau lebih dari kebutuhannya (Almatsier, 2001).

Assesment pada kasus ini yaitu pada pasien dispepsia dan colic abdomen gejala nyeri abdomen dapat mengganggu asupan oral dan menyebabkan kehilangan berat badan dan atau ketidakseimbangan zat gizi. Oleh karena itu penting untuk mendapatkan informasi sebanyak mungkin terkait berat badan dan perubahan asupan diet dan untuk mengevaluasi hubungan data tersebut dengan riwayat medis nyeri abdomen dan gejala-gejala lain (Nuraini dkk, 2017).

#### **2.3.2 Diagnosa Gizi**

Diagnosa gizi adalah identifikasi masalah gizi dari data penelitian gizi yang menggambarkan kondisi gizi pasien saat ini, resiko hingga potensi terjadinya masalah gizi yang dapat ditindaklanjuti agar dapat diberikan intervensi gizi yang tepat (Anggraeni, 2012). Diagnosa gizi diuraikan atas komponen masalah gizi (problem), penyebab (etiologi), serta tanda dan gejala adanya masalah (sign and symptoms) (Sumapradja, 2011)

**Tabel 1. Diagnosa Gizi**

<b>Problem</b>	<b>Etiologi Yang Mungkin</b>	<b>Sign/Symptom Yang Mungkin</b>
NI.2.1 Asupan oral inadekuat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terbatasnya daya terima makanan akibat faktor fisiologis atau perilaku terkait yang dialami seperti mual, muntah dan tidak nafsu makan</li> <li>• Penyebab psikologis, misalnya depresi atau gangguan makan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan BB</li> <li>• Anorexia, mual dan muntah</li> <li>• Perkiraan asupan energi yang tidak mencukupi atau kualitas protein tinggi dari makanan tidak cukup bila dibandingkan dengan kebutuhan seharusnya</li> <li>• Kondisi yang terkait dengan diagnosa atau perawatan penyakit</li> </ul>
NC.1.4 Perubahan fungsi gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan struktur dan atau fungsi gastrointestinal</li> <li>• Adanya gangguan pencernaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anorexia, mual, muntah, sakit perut, konstipasi</li> <li>• Hasil pemeriksaan endoskopi</li> </ul>
Nc.3.Penurunan berat badan yang tidak diharapkan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan kemampuan untuk mengkonsumsi kalori (energi) yang cukup</li> <li>• Penyebab psikologis seperti depresi atau gangguan makan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demam</li> <li>• Asupan makanan buruk, perubahan kebiasaan makan, cepat kenyang, meniadakan makan</li> <li>• Kondisi yang berkaitan dengan diagnosis medis maupun pengobatan misalnya seperti dyspepsia dan colic abdomen</li> </ul>
NB.1.1 Kurang pengetahuan terkait makanan dan gizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perilaku dan kepercayaan yang terkait dengan makanan dan zat gizi</li> <li>• Sebelumnya belum terpapar informasi yang akurat terkait gizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebelumnya tidak merasa membutuhkan pengetahuan mengenai rekomendasi berkaitan dengan makanan dan zat gizi</li> <li>• Secara verbal menunjukkan ketidakinginan dan tidak tertarik untuk mempelajari informasi</li> </ul>

*Sumber: Nuraini dkk, 2017*



### 2.3.3 Intervensi Gizi

Intervensi gizi adalah rangkaian kegiatan terencana dalam melakukan tindakan kepada pasien untuk mengubah semua aspek yang berkaitan dengan gizi pada pasien agar didapatkan hasil yang optimal (Anggraeni, 2012).

Intervensi gizi berdasarkan kasus dispepsia dan colic abdomen adalah mendukung terapi medis, mempertahankan atau meningkatkan status gizi, dan memberikan makanan dan cairan secukupnya yang tidak memberatkan lambung serta mencegah dan menetralkan sekresi asam lambung yang berlebihan. Diberikan penatalaksanaan diet pada pasien Dispepsia dan Colic Abdomen

#### a. Jenis Diet

Diet yang diberikan bagi penderita dispepsia dan colic abdomen adalah Diet Lambung. Pada pasien dispepsia dan colic abdomen selama masa perawatan dirumah sakit, sering kali mengeluh nyeri dibagian perut, mual, muntah dan lain sebagainya yang menyebabkan pasien perlu asupan makanan sesuai dengan keadaannya (Putri dkk, 2016).

#### b. Tujuan Diet

Tujuan penatalaksanaan diet pada pasien dispepsia dan colic abdomen adalah untuk memberikan makanan dan cairan secukupnya yang tidak memberatkan lambung serta mencegah dan menetralkan sekresi asam lambung yang berlebihan (Almatsier, 2010).

#### c. Syarat Diet

Syarat diet lambung antara lain:

- 1) Mudah cerna, porsi kecil, dan sering diberikan
- 2) Energi dan protein cukup, sesuai kemampuan pasien untuk menerimanya
- 3) Lemak cukup, sesuai kebutuhan energi total yang ditingkatkan secara bertahap hingga sesuai dengan kebutuhan
- 4) Rendah serat, terutama serat tidak larut air yang ditingkatkan secara bertahap
- 5) Cairan cukup, terutama bila ada muntah

- 6) Tidak mengandung bahan makanan atau bumbu yang tajam, baik secara termis, mekanis, maupun kimia (disesuaikan dengan daya terima perorangan)
- 7) Laktosa rendah bila ada gejala intoleransi laktosa; umumnya tidak dianjurkan minum susu terlalu banyak
- 8) Makan secara perlahan di lingkungan yang tenang
- 9) Pada fase akut dapat diberikan makanan parenteral saja selama 24-48 jam untuk memberi istirahat pada lambung.

d. Macam Diet dan Indikasi Pemberian:

1. Diet Lambung I = Diet lambung I diberikan pada pasien gastritis akut, ulkus peptikum, pasca pendarahan dan tifus abdominalis berat. Makanan diberikan dalam bentuk saring dan merupakan perpindahan dari diet pasca-hematemesis-melena atau setelah fase akut teratasi. Makanan diberikan setiap 3 jam selama 1-2 hari saja karena membosankan serta kurang energi, zat gizi, tiamin dan vitamin C.
2. Diet lambung II = Diet lambung II diberikan sebagai perpindahan dari diet lambung I, kepada pasien dengan ulkus peptikum atau gastritis kronis dan tifus abdominalis ringan. Makanan berbentuk lunak, porsi kecil serta diberikan berupa 3 kali makanan lengkap dan 2-3 kali makanan selingan
3. Diet Lambung III = Diet lambung III diberikan sebagai perpindahan dari Diet Lambung II pada pasien dengan ulkus peptikum, gastritis kronik atau tifus abdominalis yang hampir sembuh. Makanan berbentuk lunak atau biasa tergantung pada toleransi pasien.

e. Bahan makanan yang dianjurkan untuk diet lambung II adalah:

**Tabel 2. Bahan Makanan Diet Lambung II**

Bahan makanan	Dianjurkan	Tidak Dianjurkan
Sumber Karbohidrat	Beras tim, nasi ; kentang direbus, dipure ; makaroni, mie, bihun direbus ; roti, biskuit, krekers ; tepung-tepungan dibuat puding atau dibubur.	Beras ketan, beras tumbuk, roti whole wheat, jagung ; ubi, singkong, talas, kentang digoreng, dodol dan sebagainya
Protein Hewani	Daging sapi empuk, hati, ikan, ayam direbus, disemur, ditim, dipanggang ; telur ayam direbus, ditim, didadar, diceplok air dan dicampur dalam makanan ; susu.	Daging, ikan, ayam yang diawet, digoreng, telur diceplok atau digoreng
Protein Nabati	Tahu, tempe direbus, ditim, ditumis ; kacang hijau direbus	Tahu, tempe goreng; kacang tanah, kacang merah, kacang tolo
Sayur-sayuran	Sayuran yang tidak banyak serat dan tidak menimbulkan gas seperti : bayam, buncis, kacang panjang, labu siam, wortel, tomat, labu kuning, direbus, ditumis	Sayuran mentah, sayuran berserat tinggi dan menimbulkan gas seperti daun singkong, kol, lobak, sawi
Buah-buahan	Pepaya, pisang, jeruk manis, sari buah, buah pir dan peach dalam kaleng	Buah yang tinggi serat dan atau dapat menimbulkan gas seperti jambu biji, nanas, apel kedondong, durian, nangka
Lemak	Margarin dan mentega minyak dan santan encer	Lemak hewan dan santan kental
Minuman	Sirup, teh encer	Kopi, teh kental, minuman yang mengandung soda dan alkohol, ice cream
Bumbu	Garam, gula, dalam jumlah terbatas ; jahe, kunyit, kunci, kencur, laos, salam, serih, terasi dan sebagainya	Lombok, merica, cuka dan bumbu lainnya yang tajam

*Sumber: Altmasier, 2010*

### 2.3.4 Monitoring dan Evaluasi Gizi

Monitoring adalah pengawasan terhadap perkembangan keadaan pasien serta pengawanan penanganan pasien, apakah sudah sesuai dengan yang ditentukan oleh ahli gizi. Sedangkan evaluasi adalah proses penentuan seberapa jauh tujuan-tujuan telah tercapai. Kegiatan monitoring dan evaluasi gizi dilakukan untuk mengetahui respon pasien/klien terhadap intervensi dan tingkat keberhasilannya (Anggraeni, 2012).

Tiga langkah kegiatan monitoring dan evaluasi gizi menurut Peraturan Menteri Kesehatan (2013) yaitu :

1. Monitor perkembangan yaitu kegiatan mengamati perkembangan kondisi pasien yang bertujuan untuk melihat hasil dari intervensi yang telah diberikan.
2. Mengukur hasil.

Kegiatan ini adalah mengukur perkembangan atau perubahan yang terjadi sebagai respon terhadap intervensi gizi. Parameter yang harus diukur berdasarkan tanda dan gejala dari diagnosa gizi.

3. Evaluasi hasil

Monitoring dan evaluasi gizi terkait kasus ini adalah Kecukupan asupan gizi dan toleransi terhadap makanan merupakan fokus pada monitoring dan evaluasai gizi pasien dengan dispepsia dan colic abdomen serta untuk mempertahankan status gizi pasien pada status gizi baik, perlu dimonitor antropometri dan data fisik klinisnya pasien (Nuraini dkk, 2017).