

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

a. Konsep Penyakit Dispepsia

1. Definisi

Dispepsia berasal dari Bahasa Yunani (bad = buruk) dan peptin (digestion= pencernaan). Jika digabungkan dispepsia memiliki arti indigestion yang sulit atau ketidakmampuan untuk mencerna makanan. 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 (Talley & Holtmann, (2008) dalam Supriyono (2019))

Dispepsia merupakan suatu kumpulan satu atau lebih gejala yang berhubungan dengan gangguan di gastroduodenal berupa nyeri epigastrium, rasa terbakar di epigastrium, rasa penuh atau tidak nyaman setelah makan, kembung pada abdomen bagian atas atau rasa cepat kenyang. pembagian dispepsia didasarkan ada tidaknya kerusakan jaringan. Jika terdapat kerusakan jaringan disebut dispepsia organik, jika tidak terdapat kerusakan jaringan disebut dengan dispepsia fungsional (Persatuan Dokter Penyakit Dalam Indonesia 2019).

2. Etiologi

Menurut Nuryani, Resli J (2022) 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:

1. Gangguan pergerakan (motilitas) piloroduodenal dari saluran pencernaan bagian atas (esofagus, lambung, dan usus halus bagian atas).
2. Menelan terlalu banyak udara atau mempunyai kebiasaan makan salah (mengunyah dengan mulut terbuka dan berbicara).
3. Menelan makanan tanpa dikunyah terlebih dahulu dapat membuat lambung terasa penuh atau bersendawa terus.
4. Mengonsumsi makanan/minuman yang bisa memicu timbulnya dispepsia, seperti minuman beralkohol, bersoda (soft drink), kopi. Minuman jenis ini dapat mengiritasi dan mengikis permukaan lambung.
5. Obat Penghilang nyeri seperti Nonsteroid Anti Inflammatory Drugs (NSAID) misalnya aspirin, Ibuprofen dan Naproven.
6. Pola makan, pola makan yang tidak teratur ataupun makan yang terburu-buru dapat menyebabkan terjadinya dispepsia.

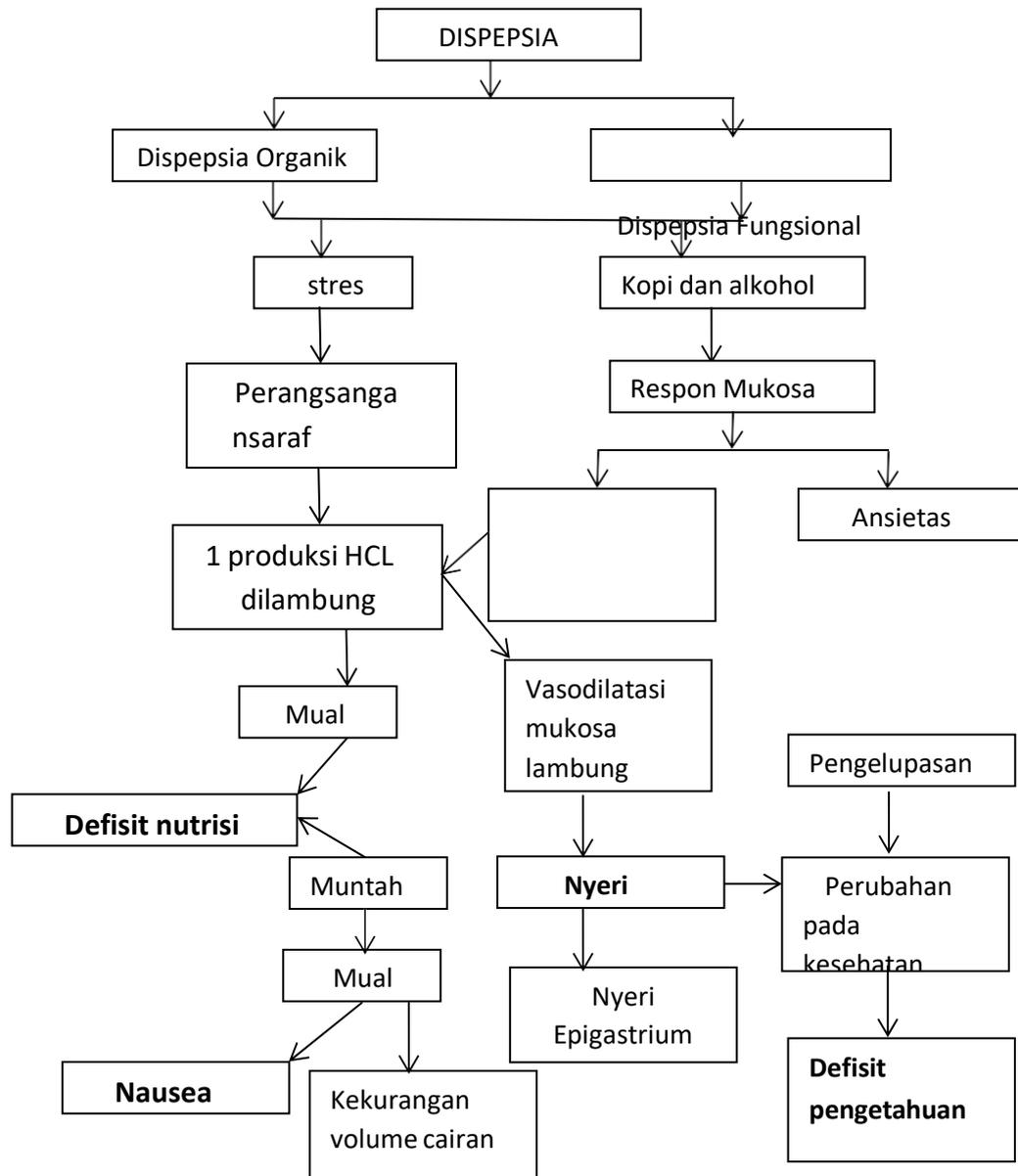
3. Tanda dan Gejala

Menurut Purnamasari (2017) Karakteristik dispepsia secara umum meliputi rasa penuh pasca-makan, cepat kenyang, rasa terbakar di ulu hati (berhubungan dengan GERD), nyeri epigastrium, nyeri dada nonjantung, dan gejala kurang spesifik seperti mual, muntah, kembung, bersendawa, distensi abdomen.

Dan adapun gejala menurut Chaidir and Maulina (2020) berupa kepenuhan setelah makan, cepat kenyang, atau nyeri epigastrium atau terbakar tanpa adanya penyebab struktural. Gejala gejala ini dapat berdampingan dengan gejala gangguan pencernaan fungsional, seperti *gastroesophageal reflex* dan *irritable bowel syndrome*, serta kecemasan dan depresi. Pada dispepsia organik, kecenderungan keluhan tersebut menentang, disertai rasa kesakitan dan jarang memiliki riwayat psikiatri sebelumnya. Sedangkan pada dispepsia fungsional terdapat dua pola yang telah ditentukan adalah: a) *postprandial distress syndrome*, dan b) *epigastric pain syndrome*.

4. Patofisiologi (Pathway)

Patofisiologi Dispepsia sampai sekarang belum diketahui dengan pasti, namun sudah banyak ahli menyatakan hipotesis mengenai patofisiologi Dispepsia, yaitu adanya pengaruh dari gangguan psikologik atau psikiatrik dari pasien. Stres merupakan faktor penyebab terjadinya sindrom Dispepsia terutama Dispepsia fungsional, seperti stres akibat mendapatkan persepsi yang negatif dari orang lain dan sering mengalami tingkat ansietas yang tinggi, faktor lingkungan, terutama berhubungan dengan infeksi *helicobacter pylori*. Asam lambung, dan gangguan motorik gastrointestinal. Faktor-faktor resiko secara epidemiologis untuk terinfeksi makanan dan air yang tidak higienis, sedangkan pola makan yang tidak teratur juga bisa menjadi faktor penyebab terjadinya Dispepsia. Pada pasien dengan Dispepsia, perut juga mengalami hipersensitivitas. Terganggunya fisiologi lambung dapat mengubah asupan makanan dalam lambung. Pemasukan makanan menjadi kurang dapat mengakibatkan erosi pada lambung akibat gesekan antara dinding lambung. Kondisi ini demikian dapat mengakibatkan Produksi HCL yang merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung, sehingga merangsang di medulla oblongata membawa implus muntah sehingga intake tidak adekuat baik makan maupun cairan menurut (Marliza et al. 2022)



Gambar 2.1 Pathway Dispepsia

Radikakusnora (2015)

5. Klasifikasi

Dispepsia dibagi 2 yaitu dispepsia organik dan dispepsia fungsional :

a. Dispepsia Organik

Dispepsia Organik akan ditemukan adanya gejala berupa kelainan organik yang menjadu faktor penyebabnya. Terdapat penyebab yang mendasari, seperti penyakit Ulkus Peptikum (*GERD/Gastroesophageal Reflux Disease*), kanker lambung, pankreatitis kronik, penyakit kandung empedu, Iskemia usus, atau tumor abdomen. Adanya symptoms seperti penurunan berat badan, timbulnya 11 anemia, melena, muntah yang prominen, maka merupakan petunjuk awal akan kemungkinan adanya terjadi dispepsia penyebab organik yang membutuhkan dilakukannya pemeriksaan penunjang diagnostik secara lebih intensif seperti pemeriksaan endoskopi dan sebagainya Chaidir and Maulina (2015)

b. Dispepsia Fungsional

Dispepsia fungsional merupakan suatu masalah yang ada di lambung yang tidak ditemukan abnormalitas atau kelainan pada pemeriksaan fisik dan endoskopi, Gejala berupa kepenuhan setelah makan, cepat kenyang, atau nyeri epigastrium atau terbakar tanpa adanya penyebab struktural. Gejala gejala ini dapat berdampingan dengan gejala gangguan pencernaan fungsional, seperti *gastroesophageal reflex* dan *irritable bowel syndrome*, serta kecemasan dan depresi (Salsabila 2021, hal 58)

6. Faktor Resiko

Menurut Bayupurnama (2019) dalam Lara (2022) Berikut ini beberapa faktor risiko terjadi pada pasien dispepsia yaitu :

a. Kebiasaan Makan

kebiasaan pola makan yang dapat memicu timbulnya kejadian dispepsia dibagi menjadi dua, yaitu pola makan berisiko dan beberapa jenis makanan dan minuman tertentu yang dapat mengiritasi organ lambung Putri, Maria, and Mulyadi (2018).

b. *Infeksi Helicobacter pylori*

Infeksi Helicobacter pylori (Hp) merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam penanganan dispepsia, yang menunjukkan bahwa orang yang mengalami infeksi Hp lebih berisiko mengalami dispepsia dibanding orang yang tidak terinfeksi Hp.

c. Merokok

rokok dapat memberikan dampak negatif terhadap saluran gastrointestinal seperti meningkatkan refluks, melemahkan katup esofagus dan pilorus, mempercepat pengosongan cairan di lambung, mengubah kondisi lambung, mengubah pH duodenum, dan menghambat sekresi bikarbonat pankreas.

d. Obesitas

IMT merupakan salah satu faktor yang berperan dalam kejadian dispepsia, dimana individu yang mengalami obesitas lebih berisiko mengalami dispepsia dibanding individu yang tidak mengalami obesitas.

e. Jenis Kelamin

Jenis kelamin memiliki peranan terhadap kejadian dispepsia. Hal ini dikarenakan perbedaan perilaku dan kebiasaan pada laki-laki dan perempuan yang dapat mempengaruhi kejadian dispepsia.

f. Usia

Usia memiliki peranan penting terhadap timbulnya dispepsia, dimana orang yang berusia lanjut akan lebih berisiko mengalami dispepsia.

g. Mengidap Penyakit Kronis

Mengidap penyakit kronis memiliki peranan terhadap timbulnya dispepsia. Hal ini dapat disebabkan oleh orang yang mengidap penyakit kronis seperti penyakit jantung atau penyakit yang berhubungan dengan *cardio-vascular*, sebagian besar akan mengonsumsi aspirin atau pengobatan lainnya, dimana hal ini dapat berperan terhadap timbulnya dispepsia.

h. Stres

Faktor stres merupakan salah satu faktor yang memiliki pengaruh terhadap kejadian dispepsia. Semakin beratnya tingkat stres seseorang maka akan sejalan dengan semakin meningkatnya tingkat keparahan dispepsia yang dialami Putri, Maria, and Mulyadi (2018)

7. Komplikasi

Seseorang yang mengalami dispepsia dalam jangka waktu yang panjang dapat mengakibatkan komplikasi yang berat. Dispepsia dapat menimbulkan luka yang dalam di dinding lambung atau luka melebar sesuai dengan lama lambung mengalami paparan asam lambung. Jika luka semakin dalam, maka dapat mengakibatkan pendarahan pada saluran cerna. Pada awalnya, penderita dispepsia akan mengalami feses berwarna hitam sebagai tanda awalnya pendarahan, kemudian terjadinya muntah darah. Komplikasi berat yang dapat disebabkan oleh dispepsia adalah kanker lambung, sehingga mengharuskan dilakukannya operasi kepada penderitanya.

8. Penatalaksanaan

Menurut Zakiyah et al. (2021) dalam penatalaksanaan dibagi menjadi 2 yaitu Terapi farmakologis dan terapi non farmakologis meliputi :

a. Terapi Farmakologis

1. *Anti hiperasiditas*

Antasida Golongan antasida ini termasuk yang mudah didapat dan murah. Antasida akan menetralkan sekresi asam lambung. pemberian antasida tidak dapat diberikan terus menerus karena hanya bersifat simptomatis untuk mengurangi nyeri.

2. *Proton pump inhibitor (PPI)*

Obat-obatan yang termasuk dalam golongan PPI adalah omeprazol, lansoprazol, dan pantoprazol.

3. *Siroprotektif*

Obat yang termasuk dalam golongan ini yaitu prostaglandin sintetik seperti misoprostol (PGE1) dan enprostil (PGE2).

4. Golongan *prokinetik*

Obat yang termasuk golongan prokinetik yaitu, domperidone, dan metoclopramide.

5. Golongan anti depresi

Obat yang termasuk golongan ini yaitu Amitriptyline.

b. Terapi non farmakologis

Terapi non farmakologis yang dapat dilakukan untuk penanganan kasus dispepsia yaitu antara lain :

1. Terapi komplementer

Terapi komplementer berguna untuk mengurangi nyeri yang terjadi pada lambung. Terapi ini dapat dilakukan dengan terapi aromaterapi, mendengarkan musik, menonton televisi, memberikan sentuhan terapeutik.

2. Mengatur pola hidup sehat

Pola hidup sehat yang dapat dilakukan dengan olahraga secara teratur, menjaga berat badan agar tidak obesitas, menghindari makanan yang berlemak tinggi dan pedas serta menghindari minuman yang asam, bersoda, mengandung alkohol dan kafein.

3. Terapi relaksasi benson

Salah satu terapi non farmakologi yang menggunakan metode relaksasi pernafasan dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu mengurangi rasa nyeri pasien. Terapi relaksasi Benson bertujuan meredakan nyeri pada pasien, dan dapat juga mengurangi rasa sakit, insomnia, dan rasa cemas melalui bentuk usaha memusatkan perhatian pada satu fokus dengan mengulang kembali kalimat yang sudah ditentukan dan mengusir sejenak semua hal yang mengganggu pikiran. dengan cara menarik nafas sedalam-dalamnya melalui hidung dan ditahan selama 3 detik, lalu hembuskan lewat mulut, sambil pasien menyebut nama Allah. dilakukan 3-4 kali atau sampai nyeri yang dialami pasien berkurang.

4. Terapi kompres hangat

Terapi kompres hangat dapat dilakukan dengan menggunakan botol yang berisi air hangat kemudian diletakan pada bagian perut yang terasa nyeri.

B. Konsep teori Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu. Sabarudin, (2016) dalam Chaidir and Maulina (2015)

a. Identitas pasien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama penanggung jawab, pekerjaan dll.

b. Keluhan utama

Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien gastritis untuk datang ke rumah sakit adalah pasien mengeluh nyeri ulu hati, mual muntah dan anoreksia atau nafsu makan menurun.

c. Riwayat penyakit

Sekarang Biasanya klien mengeluh nyeri ulu hati dan perasaan tidak mau makan, mual dan muntah serta mengalami kelemahan.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Lakukan pengkajian tentang riwayat penyakit keturunan yang berhubungan dengan penyakit gastritis, dan riwayat penyakit keturunan lain yang ada dalam keluarga. Untuk penyakit gastritis bukanlah termasuk penyakit keturunan.

e. Riwayat penyakit dahulu

Kaji apakah gejala berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan atau minum terlalu banyak, atau makan terlalu cepat. Kaji adakah riwayat penyakit lambung sebelumnya atau pembedahan lambung sebelumnya.

f. Riwayat psikososial

Meliputi mekanisme coping yang digunakan klien untuk mengatasi masalah dan bagaimana motivasi kesembuhan dan cara klien menerima keadaannya.

g. Pola kebiasaan

1. Aktivitas/istirahat

- a) Gejala : lemah, lemas, kram
- b) Tanda : nyeri di ulu hati saat istirahat.

2. Sirkulasi

- a) Gejala : keringat dingin, nyeri ulu hati, nyeri abdomen
- b) Tanda : Hipotensi, takikardia, nadi perifer, lemah

3. Eliminasi

- a) Gejala : Bising usus hiper aktif atau hipoaktif, abdomen terasa keras, distensi perubahan BAB
- b) Tanda : feses encer atau bercampur darah, konstipasi

4. Integritas ego

- a) Gejala : Stress, perasaan tidak berdaya
- b) Tanda : ansietas, misalnya : gelisah, pucat, berkeringat

5. Makanan dan cairan

- a) Gejala : anoreksia, mual dan muntah, nyeri ulu hati, pada ulu hati
- b) Tanda : membrane mukosa kering, muntah berupa cairan yang berwarna kekuning- kuningan, distensi abdomen

6. Neurosensori

- a) Gejala : Pusing, pandangan berkunang-kunang, kelemahan pada otot
- b) Tanda : lethargi, disorientasi (mengantuk)

7. Nyeri/kenyamanan

- a) Gejala : nyeri epigastrium kiri samping tengah atau ulu hati, nyeri yang digambarkan sampai tajam, perih, dangkal, rasa terbakar
- b) Tanda : meringis, ekspresi wajah tegang.

8. Pernafasan

- a) Gejala : sedikit sesak
- b) Tanda : nafas tampak berat

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik : *Review of System*

- 1) B 1 (Breath) : takhipnea
- 2) B 2 (Brain) : sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran. dapat terganggu, disorientasi, nyeri epigastrium
- 3) B 3 (Bladder) : oliguri, gangguan keseimbangan cairan
- 4) B 4 (Bowel) : anemia, anorexia, mual, muntah, nyeri ulu tidak toleran terhadap makanan pedas.
- 5) B 5 (Bone) : kelelahan, kelemahan

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2016, hal. 5). Diagnosa keperawatan yang ditegakkan penulis sesuai dengan diagnosa skala prioritas dengan hasil pengkajian terhadap berdasarkan SDKI (2016) yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Iritasi mukosa lambung , diagnosa ini dapat ditegakan karena pada saat di lakukan pengkajian terhadap di dapatkan data subjektif : klien mengatakan nyeri pada bagian ulu hati seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan rasa nyeri pada bagian ulu hati ketika perut kosong dan setelah makan, klien mengatakan perutnya terasa kembung, klien mengatakan sulit tidur karna nyerinya. Data objektif : Klien tampak

meringis, Skala nyeri 7 (0-10), Pasien tampak sedang memegang bagian ulu hati yang terasa nyeri, Pasien hanya berfokus pada dirinya sendiri. Data hasil pengkajian diatas sesuai dengan batasan karakteristik SDKI dimana pada kriteria data mayor di dapatkan tanda-tanda yang menunjukkan adanya nyeri.

- b. Nausea berhubungan dengan distensi lambung. Diagnosa ini dapat ditegakkan karena pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data Subjektif : klien mengatakan perutnya terasa mual dan klien ingin muntah, badan terasa lemas, tidak nafsu makan. Data Objektif : pasien tampak lemas, klien tidak berminat makan, makan klien hanya dihabiskan ¼ porsi saja. . Diagnosa ini dipertegas dengan SDKI (2016,) yang menyatakan nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian tenggorokan atau bagian lambung yang dapat mengakibatkan klien muntah dibuktikan dengan pasien mengatakan mual dan ingin muntah, tampak lemas, tidak nafsu makan.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien. Diagnosa ini dapat ditegakkan karena pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data Subjektif :klien mengatakan cepat terasa kenyang, klien mengatakan tidak nafsu makan, klien mengatakn nyeri pada bagian perut bagian atas. Data objektif : klien tampak pucat, porsi makan klien hanya dihabiskan ¼ porsi saja, berat badan klien sebelum sakit 58 kg dan sesudah sakit menjadi 52 kg, klien tampak lemas. Dari data tersebut dapat ditegakkan diagnosa defisit nutrisi berdasarkan dengan batasan karakteristik sesuai dengan SDKI (2016).

3. Perencanaan

Menurut Ernawati (2019) Perencanaan merupakan bagian dari fase proses keperawatan yang dapat menjadi panduan bagi perawat dalam melakukan tindakan keperawatann untuk menyelesaikan masalah kesehatan pasien. Perawat menyusun perencanaan keperawatan berdasarkan rumusan diagnosis keperawatan, yang menjadi petunjuk dalam membuta tujuan dan intervensi keperawatan untuk mencegah, menurunkan dan mengeliminasi masalah kesehatan klien. Rencana keperawatan pada kasus dispepsia menurut standart

intervensi keperawatan (SLKI) dengan tujuan berdasarkan standart luaran keperawatan indonesia (SLKI) .

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan Pada Pasien Nyeri Akut

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 5 2. kesulitan tidur menurun 5 3. keluhan mual muntah menurun 5 4. fruekensi nadi membaik 5 5. keluhan meringis menurun 5 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik

			<p>nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik
--	--	--	---

2.	Nausea	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nausea (L.08065) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 5 2. keluhan mual menurun 5 3. Perasaan muntah menurun 5 4. Sensasi dingin menurun 5 5. Deaforesis (keringat berlebih menurun) 5 	<p>Manajemen mual (L.03117)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi isyarat non verbal ketidaknyamanan 3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 4. Identifikasi factor penyebab mual 5. Identifikasi antiemetic untuk mencegah mual 6. Monitor mual 7. Monitor asupan nutrisi dan kalori <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangi factor lingkungan penyebab mual 2. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 3. Berikan makanan hangat, 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
----	--------	---	---

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak 4. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	Defisit nutrisi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi (L.03030) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri abdomen menurun 5 2. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 5 3. Nafsu makan membaik 5 4. Bising usus membaik 5 5. Perasaan cepat kenyang menurun 5 	<p>Manajemen nutrisi (L.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Monitor asupan makanan 4. Identifikasi makanan yang disukai 5. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 6. Monitor berat badan <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi 4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan posisi duduk, jika perlu2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan jika perlu
--	--	--	--

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, Implementasi keperawatan adalah kegiatan mengkoordinasikan aktivitas pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Siregar (2019)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai Ernawati (2019). Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Santa (2019)).

C. Konsep Teori Relaksasi Benson

1. Pengertian Relaksasi Benson

Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat aktifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman Valencia V, Giraldo G (2019,hal 6)

Relaksasi Benson adalah metode relaksasi difokuskan pada ungkapan tertentu berupa nama-nama Tuhan yang diucapkan berulang-ulang, relaksasi ini menggunakan teknik pernapasan tetapi, pada Relaksasi Benson terdapat penambahan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata yang mengungkapkan sugesti bagi pasien yang diyakini dapat mengurangi nyeri yang sedang pasien rasakan Septiana, Inayati,Ludiana (2021)

2. Tujuan relaksasi benson

Terapi relaksasi Benson bertujuan meredakan nyeri pada pasien, dan dapat juga mengurangi rasa sakit, insomnia, dan rasa cemas melalui

bentuk usaha memusatkan perhatian pada satu fokus dengan mengulang kembali kalimat yang sudah ditentukan dan mengusir sejenak semua hal yang mengganggu pikiran Fatmawati,Sugianto (2023)

3. Mekanisme fisiologi

Nyeri merupakan pengalaman sensori yang dibawa oleh stimulus akibat kerusakan jaringan. Nyeri terdiri dari dua komponen, yaitu komponen fisiologis yang merupakan proses penerimaan impuls menuju saraf pusat dan komponen psikologis meliputi rekognisi sensasi, interpretasi rasa nyeri dan reaksi terhadap hasil interpretasi nyeri tersebut Fatmawati (2023). Relaksasi Benson dapat mengurangi tingkat stress, kecemasan, rasa tidak nyaman, dan juga dapat menurunkan metabolisme, kontraksi jantung, tekanan darah, serta melepas hormon yang berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri. Nyeri pada pasien dispepsia diikuti dengan cemas, takut, dan depresi. Reaksi emosional ini akan meningkatkan respon simpatik yaitu meningkatnya kadar katekolamin, noradrenalin, dan norepinefrin yang akan memperparah intensitas nyeri Morita, Amelia,Putri (2020)

Nyeri yang dirasakan pasien dapat mempengaruhi sistem saraf otonom yaitu sistem saraf simpatis. Kondisi tersebut akan menyebabkan peningkatan nadi, tekanan darah, dan curah jantung yang berlanjut pada beban kerja jantung dan meningkatkan penggunaan oksigen, Nyeri juga berpengaruh pada sistem musculoskeletal, pasien akan mengalami kontraksi otot (Vitani 2019).

Alat pengkajian nyeri yang dapat digunakan untuk menilai intensitas nyeri pasien dewasa seperti *Numeric Rating Scale* (NRS), *Visual Analogue Scale* (VAS), *Verbal Descriptor/ Rater Scale* (VD/RS) (Vitani 2019).

4. Penelitian terkait dengan teknik relaksasi Benson

Dalam penelitian tentang Terapi relaksasi Benson selama 3 hari sekitar 10-15 menit efektif dalam menurunkan nyeri pada klien Post Sectio Caesarea dari awalnya memiliki nyeri sedang yaitu 4-5 menurun hingga nyeri ringan yaitu 2-3. Pada penelitian yang terkait lainnya yang

mendukung adalah penelitian yang dilakukan oleh Manurung (2019) relaksasi benson menunjukkan bahwa adanya pengurangan rasa nyeri pada pasien dispepsia yang diberikan intervensi relaksasi benson sehingga pada penelitian ini merekomendasikan relaksasi benson sebagai bahan pertimbangan peneliti lain. Menurut penelitian Naili and Prasetyorini (2023) penerapan teknik relaksasi benson dapat meringankan skala nyeri pada pasien post op section caesarea dan juga membuat otot-otot menjadi rileks dan tidak tegang Febiantri and Machmudah (2021).