

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan. Setiap tahap saling bergantung dan berhubungan. Proses keperawatan adalah alat bagi perawat dalam melaksanakan tugas, wewenang, dan tanggung jawab kepada pasien. Proses keperawatan mengalami beberapa perubahan dalam perkembangannya, diawali dengan adanya tindakan keperawatan berdasarkan instruksi medis bukan karena metode ilmiah keperawatan atau melalui proses keperawatan, hingga memiliki kemandirian atau kewenangan sendiri. Berikut beberapa pendapat para ahli mengenai perkembangan proses keperawatan (Hidayat & Uliyah, 2015).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian nyeri yang akurat sangat penting untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif, oleh karena itu, nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dapat dirasakan secara berbeda-beda pada setiap masing-masing individu. Pengkajian nyeri terdiri dari atas dua komponen utama, yakni riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan observasi langsung pada respon perilaku dan fisiologis klien. Tujuan dilakukan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif. Cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri yaitu dengan menggunakan PQRST.

1. P (*provoking* atau pemacu) yaitu faktor yang memperparah atau memperingan nyeri.
2. Q (*quality* atau kualitas) yaitu kualitas nyeri misalnya, seperti tumpul, tajam, merobek.
3. R (*region* atau daerah) yaitu daerah penjalaran nyeri.
4. S (*severity* atau keganasan) yaitu intensitasnya.

5. T (*time* atau waktu) yaitu serangan, lamanya, frekuensi, dan sebab (Budiono & Pertami, 2015).

1) Identitas Pasien

Pengkajian identitas pasien berupa nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal operasi, nomor rekam medis, diagnosa medis dan alamat (Budiono & Pertami, 2015).

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan Utama

Nyeri pada pagian perut.

3) Riwayat kesehatan sekarang

a) Faktor Pencetus (P: *Provokatif*)

Penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pasien dengan diagnosis *colic abdomen* nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang saat pasien beristirahat.

b) Kualitas (Q: *Quality*)

Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana pasien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan pasien. Pasien dengan diagnosis *colic abdomen* biasanya nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk hingga menembus kebagian belakang punggung. Jika pasien merasa nyeri, wajah pasien terlihat pucat dan meringis kesakitan.

c) Lokasi (R: *Region*)

Dimana saja gejala nyeri dirasakan timbul. Nyeri pada pasien diagnosis *colic abdomen* biasanya dirasakan di daerah luka operasi, yaitu di bagian abdomen/perut.

d) Skala (S: *Severity*)

Seberapa berat nyeri yang dirasakan dan apakah nyeri mengganggu aktivitas atau tidak, pada pasien diagnosis *colic abdomen* biasanya memiliki skala 4-8 (1-10).

e) Waktu (T: *Time*)

Kapan nyeri timbul, seberapa sering nyeri tersebut

timbul dan apakah nyeri dirasakan bertahap atau tiba-tiba, pada pasien diagnosis *colic abdomen* nyeri bisa dirasakan hilang timbul (Hidayat, 2015).

4) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendapatkan perubahan klinis yang diakibatkan oleh nyeri yang dirasakan oleh pasien. Data yang didapatkan mencerminkan respon pasien terhadap nyeri yang meliputi respons fisiologis, respons perilaku, dan respons psikologis. Saat mengkaji riwayat nyeri, sebaiknya harus memberi pasien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata mereka sendiri. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek, antara lain:

a) Lokasi

Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta pasien untuk menunjukkan rasa nyerinya. Pengkajian ini juga bisa dilakukan dengan menggunakan bantuan gambar tubuh, dimana pasien bisa menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri, lokasi nyeri pada bagian *abdomen* kanan bawah.

b) Intesitas Nyeri

Penggunaan skala intesitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intesitas nyeri. Skala nyeri yang sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10, dimana angka 0 menunjukkan tidak nyeri sama sekali dan angka tertinggi menandakan nyeri terhebat yang dirasakan pasien.

c) Kualitas Nyeri

Terkadang nyeri bisa terasa seperti dipukul-pukul atau ditusuk-tusuk jadi kita harus mencatat kata-kata yang diungkapkan pasien untuk menggambarkan nyerinya, sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar pada diagnosis, etiologi nyeri, serta tindakan yang akan diambil.

d) Pola

Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri, oleh karena itu perlu dikaji kapan nyeri itu datang, berapa lama nyeri itu berlangsung, apakah nyeri itu berulang, dan kapan terakhir nyeri uncul.

e) Faktor Presipitasi

Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu timbulnya nyeri. Sebagai contoh, aktivitas yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu faktor lingkungan juga berpengaruh (lingkungan yang sangat dingin ataupun lingkungan yang sangat panas), serta stresor fisik dan emosional juga dapat memicu timbulnya nyeri.

f) Gejala yang menyertai

Gejala yang diakibatkan oleh nyeri itu sendiri, seperti mual, muntah, pusing, dan diare.

g) Pengaruh pada Aktivitas Sehar-hari

Aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri yaitu, tidur, nafsu makan, konsentrasi, pekerjaan, hubungan interpersonal, hubungan pernikahan, aktivitas di rumah, aktivitas di waktu senggang, dan status emosional.

h) Sumber Koping

Setiap individu memiliki sumber koping yang berbeda dalam menghadapi nyeri, maka strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya atau pengaruh agama dan budaya.

i) Respon Afektif

Respon afektif di setiap individu terhadap nyeri berbeda, bergantung pada situasi, derajat, interpretasi tentang nyeri, serta banyak faktor lainnya, jadi, perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut, lelah, depresi, atau perasaan gagal pada diri pasien (Hidayat, 2015).

- 5) Pemeriksaan Diagnostik
 - a) *Ultrasonografi*
 - b) Foto polos abdomen
 - c) Pemeriksaan Laboratorium

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Tabel 1
Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Penyebab	Gejala dan Tanda		Kondisi Klinis Terkait
		Mayor	Minor	
Nyeri Akut (D.0077) Definisi: 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 tiga bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (misalnya <i>inflamasi, iskemia, neoplasma</i>) 2. Agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimiaairitan) 3. Agen pencedera fisik (misalnya <i>abses, amputasi, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan</i>) 	Subjektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri Objektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 	Subjektif (tidak tersedia) Objektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses pikir terganggu 5. Menarik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pembedaha 2. Cedera 3. Traumatis 4. Infeksi 5. Sindrom koroner akut
Nyeri Kronis (D.0078) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi muskuloskeletal kronis 2. Kerusakan sistem saraf 3. Penekanan saraf 4. <i>Infiltras</i> 	Subjektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi (tertekan) Objektif	Subjektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa takut mengalami cedera berulang 2. Objektif 3. Bersikap protektif 4. protektif 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi kronis 2. (misal <i>arthritis reumatoid</i>) 3. Infeksi 4. Cedera 5. modula spinalis 6. Kondisi pasca

<p>aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.</p>	<p>itumor</p> <p>5. Ketidakseimbangan <i>neurotransmite, neuromodulato, dan reseptor</i></p> <p>6. Gangguan imuntas (misalnya neuropati terkait HIV, <i>virus varicella zoster</i>)</p> <p>7. Gangguan fungsi metabolik</p> <p>8. Riwayat posisi kerja statis</p> <p>9. Peningkatan indeks massa tubuh</p> <p>10. kondisi pasca trauma</p> <p>11. Tekanan emosional</p> <p>12. Riwayat</p> <p>13. penganiayaan (misalnya fisik, psikologis, seksual)</p> <p>14. Riwayat penyalahgunaan obat/zat</p>	<p>1. Tampak meringis</p> <p>2. Gelisah</p> <p>3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas</p>	<p>(misalnya posisi menghindari nyeri)</p> <p>5. Waspada</p> <p>6. Pola tidur berubah</p> <p>7. Anoreksia</p> <p>9. Fokus menyepi</p> <p>10. Berfokus pada diri sendiri.</p>	<p>trauma</p> <p>7. Tumor</p>
--	---	---	--	-------------------------------

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Luaran (*outcome*) merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2
Intervensi Keperawatan

Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi Pendamping
<p>1. Nyeri Akut 2. Nyeri Kronis Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri. Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Menarik diri menurun 7. Berfokus pada diri sendiri menurun 8. <i>Diaphoresis</i> menurun 9. Perasaan depresi (tertekan) menurun 10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 11. <i>Anoreksia</i> menurun 12. Muntah dan mual menurun 13. Frekuensi nadi membaik 14. Pola napas membaik 15. Tekanan darah membaik 16. Proses berpikir membaik 17. Fokus membaik 18. Perilaku membaik 19. Nafsu makan membaik 20. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen Nyeri Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan, berat, konstan.</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri <i>non verbal</i> 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan meperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan <i>analgesic</i>. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan <i>hypnosis</i> diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit 7. Edukasi teknik napas 8. Kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi 11. Latihan pernapasan 12. Manajemen efek samping obat 13. Manajemen kenyamanan lingkungan 15. Manajemen medikasi 17. Manajemensedasi 18. Manajemen terapi radiasi 20. Pementauannyeri 21. Pemberian obat Intravena 22. Pemberian obat oral 23. Pemberian obat intravena 24. Pemberian obat topical 25. Pengaturan posisi 26. Perawatan amputasi 27. Perawatan kenyamanan 28. Teknikdistraksi 29. Teknik imajinasi terbimbing 30. Terapi akupresur 31. Terapi akupuntur 32. Terapi bantuan hewan 33. Terapi humor 34. Terapi murattal 35. Terapi music 36. Terapi Pemijatan 37. Terapi relaksasi 38. Terapi sentuhan 39. Trancutaneous electrical nerve stimulation (TENS)

	strategi meredakan nyeri. 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. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
--	--	--

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah realisasi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan meliputi pengumpulan data secara berkelanjutan, mengamati respons klien selama dan sesudah dilakukan tindakan keperawatan, dan menilai data yang baru (Budiono & Pertami, 2015).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi antara lain mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, serta meneruskan rencana tindakan keperawatan (Budiono & Pertami, 2015).

Tabel 3
Komponen Evaluasi SOAP

Komponen SOAP	Definisi
S: artinya subjek atau data subjektif	Data subjektif merupakan data yang dikeluhkan pasien secara langsung atau melalui ucapan yang masih dirasakan oleh pasien setelah tindakan dilakukan
O: artinya objek atau data objektif	Data objektif merupakan data yang didapat melalui pemeriksaan atau hasil setelah pasien dilakukan tindakan keperawatan
A: artinya assesment atau penilaian	<i>Assesment</i> merupakan masalah yang masih terjadi setelah dilakukan tindakan keperawatan yang dinilai berdasarkan data subjektif atau data objektif pasien
P: artinya planning atau rencana	Pada <i>planning</i> , sebagai perawat harus membuat rencana lanjutan setelah mendapat data subjektif, objektif, juga setelah menginterpretasikan data data tersebut

Sumber: Budiono & Pertami, 2015

B. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Haswita & Sulistyowati, 2017).

Menurut Abraham Maslow terdapat lima kategori kebutuhan dasar, yaitu:

a. Kebutuhan Fisiologis (*Physiologic Needs*)

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman (*Safety and Security Needs*)

Kebutuhan ini dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya. Perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing.

c. Kebutuhan Rasa Cinta, Memiliki, dan Dimiliki (*Love and Belonging Needs*)

Setelah kebutuhan dasar dan rasa aman relatif dipenuhi, maka timbul kebutuhan untuk dimiliki dan dicintai. Kebutuhan ini terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.

d. Kebutuhan Harga Diri (*Self-Esteem Needs*)

Ada dua macam kebutuhan akan harga diri, pertama adalah kebutuhan-kebutuhan akan kekuatan, penguasaan, kompetensi, percaya diri, dan kemandirian. Sementara yang kedua adalah

kebutuhan akan penghargaan dari orang lain, status, ketenaran, dominasi, kebanggaan, dianggap penting, dan apresiasi dari orang lain.

e. **Kebutuhan Aktualisasi Diri (*Need for Self Actualization*)**

Kebutuhan ini merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

Kenyamanan menurut (Kolcab 2012 dalam (Haswita & Reni, 2021) yaitu suatu keadaan telah terpenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri).

3. Konsep Dasar Nyeri

a. **Definisi Nyeri**

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subyektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu. Berikut ini adalah pendapat beberapa ahli tentang pengertian nyeri:

- 1) *Mc. Coffery* mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 2) *Wolf Weifsel Feurst* mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 3) *Arthur C. Curton* mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk

menghilangkan rangsangan nyeri.

- 4) *Scrumum*, mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Hidayat & Uliyah, 2015).

b. Teori Nyeri

Menurut Haswita dan Sulistyowati, (2017) terdapat beberapa teori tentang terjadinya rangsangan nyeri, diantaranya:

1) Teori Pemisahan (*Specificity Theory*)

Rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang digaris median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2) Teori Pola (*Pattern Theory*)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu kortek serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3) Teori Pengendalian (*Gate Control Theory*)

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang kortek serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan dalam *medulla spinal* melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat saraf kecil

akan menghambat substansi gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4) Teori Transmisi dan Inhibisi

Adanya rangsangan pada *nociceptor* memulai transmisi impuls-impuls nyeri menjadi efektif oleh *neurotransmitter* yang spesifik kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut lambat dan *endogen opiate* sistem supresif.

b. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat dibedakan berdasarkan jenis dan bentuknya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

1) Jenis Nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral dan nyeri psikogenik.

a) Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:

- (1) Nyeri *superfisial*: rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
- (2) Nyeri *visceral*: rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium, dan toraks. Jaringan penyebab nyeri.

b) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak, dan talamus.

c) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologis.

2) Bentuk Nyeri

Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik (Haswita & Sulistyowati, 2017).

a) Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, umumnya nyeri ini berlangsung tidak lebih dari

enam bulan. Penyebab dan lokasi nyeri biasanya sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan.

b) Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung berkepanjangan, berulang atau menetap selama lebih dari enam bulan. Sumber nyeri dapat diketahui atau tidak. Umumnya nyeri ini tidak dapat disembuhkan. Nyeri kronis dapat dibagi menjadi beberapa kategori, antara lain nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis.

Tabel 4
Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

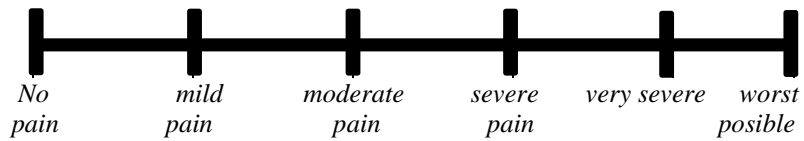
Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan lebih atau sampai bertahun-tahun
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi

Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017

b. Pengukuran Intensitas Nyeri

1) *Visual Analog Scale (VAS)*

Skala analog visual (VAS), skala ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala ini dapat digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.



Sumber: Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015

Gambar 1
Visual Analog Scale (VAS)

2) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata kata dan bukan garis atau dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

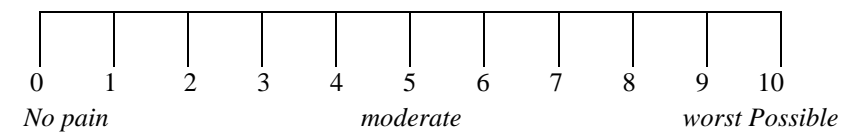


Sumber: Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015

Gambar 2
Verbal Rating Scale (VRS)

3) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala ini Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik. Skala numerik dari 0 hingga 10, di bawah, nol (0) merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh (10), suatu nyeri yang sangat hebat.

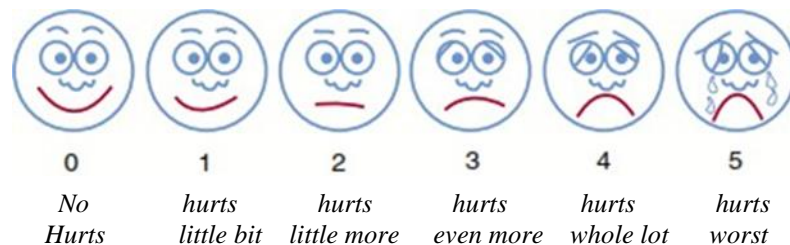


Sumber: Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, (2015)

Gambar 3
Numeric Rating Scale (NRS)

4) *Wong Baker Pain Rating Scale*

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan caramemerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat anak-anak dan lansia.



Sumber: Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015

Gambar 4
Wong Baker Pain Rating Scale

c. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan.

2) Jenis Kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri.

Beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan

3) Kebudayaan

Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

4) Makna Nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

5) Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

7) Pengalaman Terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibandingkan dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Sering kali, lebih berpengalaman

individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan.

8) Gaya Koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus pasien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk *support* pasien dan menurunkan nyeri pasien. Sumber koping lebih dari sekitar metode teknik. Seorang pasien mungkin tergantung pada *support* emosional dari anak-anak, keluarga atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdoa, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang.

9) Dukungan Keluarga dan Social

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk *support*, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orang tua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

d. Strategi Penatalaksanaan Nyeri

Strategi pelaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu yaitu diantaranya perawat, tujuannya dilakukan manajemen nyeri ini dalam dunia keperawatan

yaitu untuk mengurangi dan durasi keluhan nyeri (Sulistyo, 2013). Terdapat 2 strategi pelaksanaan nyeri yang akan dibahas yaitu sebagai berikut:

1) Non-farmakologis

a) Bimbingan Antisipasi

Bimbingan antisipasi adalah memberikan pemahaman kepada pasien mengenai nyeri yang dirasakan. Pemahaman yang diberikan oleh perawat ini bertujuan untuk memberikan informasi kepada pasien, dan mencegah salah interpretasi tentang peristiwa nyeri. Informasi yang diberikan kepada klien meliputi aspek-aspek sebagai berikut: kejadian, dan durasi nyeri yang akan dialami kualitas, keparahan, dan lokasi nyeri, informasi tentang cara keamanan pasien telah dipastikan, penyebab nyeri, metode mengatasi nyeri yang digunakan oleh perawat dan pasien, harapan pasien selama menjalani prosedur (Sulistyo, 2013).

b) Terapi Kompres Panas dan Dingin

Pemakaian kompres panas biasanya dilakukan hanya setempat saja pada bagian tubuh tertentu dengan pemberian panas, pembuluh darah akan melebar sehingga memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut, dengan cara ini penyaluran zat asam dan bahan makanan ke sel-sel diperbesar dan pembuangan dari zat-zat yang dibuang akan diperbaiki. Aktivitas sel yang meningkat akan mengurangi rasa sakit/nyeri dan akan menunjang proses penyembuhan luka dan proses peradangan (Sulistyo, 2013).

c) Stimulasi Saraf *Elektrikal Danskutan/TENS (Transcutaneous Elektrikal N Transcutaneus Elektrikal Nerve Stimulation)*

TENS adalah suatu yang menggunakan aliran listrik, baik dengan frekuensi rendah alat maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa elektroda pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar, atau mendengung pada area nyeri. *TENS* adalah prosedur non-invasif dan merupakan metode yang aman.

Untuk mengurangi nyeri, baik akut maupun kronis. TENS diduga dapat menurunkan nyeri dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor) dalam area yang sama seperti pada serabut yang menstransmisikan nyeri. Reseptor tidak nyeri diduga memblokir transmisi sinyal nyeri ke otak pada jaras ascenden sistem saraf pusat. Mekanisme ini akan menguraikan keefektifan stimulasi kutan/kulit saat digunakan pada area yang sama seperti pada cedera (Sulistyo, 2013).

d) Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal di luar nyeri. Diharapkan pasien tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Sulistyo, 2013).

e) Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas *abdomen* dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman (Sulistyo, 2013).

f) Imajinasi Terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup. Upayakan kondisi lingkungan pasien mendukung untuk tindakan ini. Kebisingan, bau menyengat, atau cahaya yang sangat terang perlu dipertimbangkan agar tidak mengganggu pasien untuk berkonsentrasi. Beberapa pasien rileks dengan menutup matanya (Sulistyo, 2013).

g) Hipnosis

Hipnosis/hipnosa adalah sebuah teknik yang menghasilkan suatu keadaan yang tidak sadarkan diri, yang dicapai melalui gagasan-gagasan yang disampaikan oleh orang yang menghipnotisnya. Hipnosis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Suatu pendekatan kesehatan holistik, hipnosis diri menggunakan sugesti diri dan kesan tentang perasaan yang rileks dan damai. Individu memasuki keadaan rileks dengan menggunakan berbagai ide pikiran dan kemudian kondisi-kondisi yang menghasilkan respons tertentu bagi mereka (Sulistyo, 2013).

h) Teknik Akupunktur

Teknik akupunktur ini adalah suatu teknik tusuk jarum yang mempergunakan jarum-jarum kecil panjang (ukuran bervariasi dari 1,7 cm hingga 10 cm) untuk menusuk bagian-bagian tertentu di badan (area yang paling digunakan adalah kaki, tungkai bawah, tangan, dan lengan bawah, guna menghasilkan ketidakpekaan terhadap rasa sakit atau nyeri (Sulistyo, 2013).

2) Farmakologis

a) Analgesik Non-Narkotik Dan Obat Anti Inflamasi Nonsteroid (NSAID)

NSAID Non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang, seperti nyeri yang terkait dengan artritis *reumatoid*, prosedur pengobatan gigi, dan prosedur bedah minor, episiotomi, dan masalah pada punggung bagian bawah. Satu pengecualian, yaitu ketorolac (Toradol), merupakan agens analgesik pertama yang dapat diinjeksikan yang kemanjurannya dapat dibandingkan dengan morfin. Kebanyakan NSAID bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. Tidak seperti opiat, NSAID tidak menyebabkan sedasi atau depresi pernapasan juga tidak mengganggu fungsi berkemih atau defekasi.

b) Analgesik Narkotik Atau *Opiate*

Analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti pasca operasi dan nyeri maligna. Analgesik ini bekerja pada sistem saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi.

c) Obat Tambahan (*Adjuvan*)

Adjuvan seperti sedatif, anti cemas, dan relaksasi otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti mual dan muntah. Agens tersebut diberikan dalam bentuk tunggal atau disertai dengan analgesik. sedatif sering kali diresepkan untuk penderita nyeri kronik. Obat-obatan ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusasaan, dan kewaspadaan mental (Sulistyo, 2013).

C. Konsep Penyakit

1. Definisi *Colic Abdomen*

Colic abdomen adalah gangguan pada aliran normal usus sepanjang *traktus intestinal*. Obstruksi terjadi ketika ada gangguan yang menyebabkan terhambatnya aliran isi usus kedepan tetapi peristaltiknya normal. *Colic abdomen* adalah nyeri yang dirasakan diantara dada dan *region inguinalis*. *Colic abdomen* bukanlah suatu diagnosis, tapi merupakan gejala dari suatu penyakit. Gangguan rasa nyaman abdomen didefenisikan sebagai serangan *colic abdomen* berat dan perisisten, yang terjadi tiba-tiba serta membutuhkan tindakan bedah untuk mengatasi penyebabnya. *Colic abdomen* atau sakit perut berulang sebagai serangan sakit perut yang berlangsung minimal 3 kali selama paling sedikit 3 bulan dalam kurun waktu 1 tahun terakhir dan mengganggu aktivitas sehari (Hermayudi, 2020).

Colic abdomen dapat berasal dari organ dalam abdomen termasuk nyeri *visceral*, dari otot, lapisan dari dinding perut. Nyeri *visceral* biasanya nyeri yang ditimbulkan terlokalisasi dan berbentuk khas

sehingga nyeri yang berasal dari *visceral* dan berlangsung akut biasanya penyebab tekanan darah dan denyut jantung berubah pucat dan berkeringat dan disertai fenomena *visceral* yaitu muntah dan diare. Lokasi *colic abdomen* bisa mengarah pada lokasi organ yang menjadi penyebab nyeri tersebut. Walaupun sebagian nyeri yang dirasakan merupakan penjalaran dari tempat lain (Hermayudi, 2020).

2. **Macam-macam *colic abdomen***

Colic abdomen dihasilkan dari 3 jalur yaitu *colic abdomen* visera, *colic abdomen* parietal (somatik), dan nyeri alih.

a. *Colic abdomen Visceral*

Biasanya disebabkan karena distensi organ berongga atau penegangan kapsul dari organ padat. Penyebab yang jarang berupa iskemia atau inflamasi ketika jaringan mengalami kongesti sehingga mensensitisasi ujung saraf nyeri visceral dan menurunkan ambang batas nyerinya. Nyeri ini sering merupakan manifestasi awal dari beberapa penyakit atau berupa rasa tidak nyaman yang samar-samar hingga kolik. Jika organ yang terlibat dipengaruhi oleh gerakan peristaltik, maka nyeri sering dideskripsikan sebagai intermiten, kram atau kolik. Pada nyeri ini, karena serabut saraf nyeri bilateral, tidak bermielin dan memasuki korda spinalis pada tingkat yang beragam maka *colic abdomen* visceral ini biasanya terasa tumpul, sulit dilokalisasi, dan dirasakan dibagian tengah tubuh. Nyeri visceral berasal dari regio abdomen yang merujuk pada asal organ secara embrionik. Struktur foregut seperti lambung, *duodenum*, *liver*, *traktus biliaris*, dan pankreas menghasilkan *colic abdomen* atas, sering dirasakan sebagai region epigastrium. Struktur *midgut* seperti *jejunum*, *ileum*, *apendiks*, dan *kolon asenden* menyebabkan *colic abdomen* bagian bawah (Hermayudi, 2020).

b. *Colic Abdomen Parietal* (Somatik)

Colic abdomen parietal atau somatik dari iskemia, inflamasi atau penegangan dari peritoneum parietal. Serabut saraf eferen yang bermielinasi mentransmisikan stimulus nyeri ke akar ganglion

dorsal pada sisi dan dermatomal yang sama dari asal nyeri. Karena alasan inilah nyeri parietal. Berlawanan dengan nyeri visceral, sering dapat dilokalisasi terhadap daerah asal stimulus nyeri. Nyeri ini dipersepsikan berupa tajam, seperti tertusuk pisau dan bertahan, batuk dan pergerakan pada abdomen yang dipalpasi. Tampilan klinis dari appendicitis dapat berupa nyeri visceral dan somatik. Nyeri pada *appendicitis* awal sering berupa nyeri periumbilikus (visceral) tapi terlokalisasi di region kuadran kanan bawah ketika inflamasi menyebar ke peritoneum (parietal).

c. Nyeri Abdomen Alih

Nyeri alih adalah nyeri yang dirasakan pada jarak dari organ yang sakit. Nyeri ini dihasilkan dari jalur-jalur neuron aferen sentral yang terbagi dan berasal dari lokasi yang berbeda. Contohnya adalah pasien dengan pneumonia mungkin merasakan *colic abdomen* karena distribusi neuron T9 terbagi oleh paru-paru dan *abdomen*. Contoh lainnya yaitu epigastrium yang berhubungan dengan infark miokard, nyeri di bahu yang berhubungan dengan iritasi diafragma (contoh, replete limpa) nyeri infrascapular yang berhubungan dengan penyakit biliar dan nyeri testicular yang berhubungan dengan obstruksi uretra.

3. Patofisiologi *Colic Abdomen*

Patofisiologis rasa sakit perut, baik mendadak berulang, biasanya selalu bersumber pula (Hermayudi, 2020).

- a. Visera perut
- b. Organ lain di luar perut
- c. Lesi pada susunan saraf spinal
- d. Gangguan metabolik

Peristiwa patofisiologis yang terjadi setelah obstruksi usus adalah sama, tanpa memandang apakah obstruksi tersebut diakibatkan oleh penyebab mekanik atau fungsional. Perbedaan utamanya adalah pada obstruksi paralitik dimana peristaltik dihambat dari permulaan sedangkan pada obstruksi mekanik peristaltik mula-mula diperkuat, kemudian intermiten, dan akhirnya hilang.

Perubahan patofisiologis utama pada obstruksi usus dapat dilihat pada gambar. Lumen usus yang tersumbat secara progresif akan tergenang oleh cairan dan gas (70% dari gas yang ditelan) akibat peningkatan tekanan intralumen, yang menurunkan pengaliran air dan natrium dari usus ke darah. Oleh karena sekitar 8 liter cairan diskreksi kedalam saluran cerna setiap hari, tidak adanya absorpsi dapat mengakibatkan penimbunan intralumen dengan cepat. Muntah dan penyedotan usus setelah pengobatan dimulai merupakan sumber kehilangan utama cairan dan elektrolit. Pengaruh atas kehilangan ini adalah penciutan ruang cairan ekstra sel yang mengakibatkan syok hipotensi, pengurangan curah jantung, penurunan perfusi jaringan, dan asidosis metabolik. Peregangan usus yang terus menerus mengakibatkan lingkaran setan penurunan absorpsi cairan dan peningkatan sekresi cairan kedalam usus.

Efek lokal peregangan usus adalah iskemia akibat distensi dan peningkatan permeabilitas akibat nekrosis, disertai absorpsi toksin-toksin bakteri kedalam rongga peritoneum dan sirkulasi sistemik. Akut abdomen terjadi karena *colic abdomen* yang timbul tiba-tiba atau sudah berlangsung lama. Nyeri yang dirasakan dapat ditentukan atau tidak boleh pasien berlangsung lama. Nyeri yang dirasakan dapat ditentukan atau tidak oleh pasien tergantung pada nyeri itu sendiri. *Colic abdomen* dapat berasal dari organ dalam abdomen termasuk nyeri viseral, dari otot, lapisan dari dinding perut nyeri (nyeri somatik). Nyeri visceral biasanya nyeri yang ditimbulkan terlokalisasi dan berbentuk khas, sehingga nyeri yang berasal dari viseral dan berlangsung akut biasanya menyebabkan tekanan darah dan denyut jantung berubah, pucat dan berkeringat dan disertai fenomena viseral yaitu muntah dan diare. Lokasi dan *colic abdomen* bisa mengarah pada lokasi organ yang menjadi penyebab nyeri tersebut. Walaupun sebagian nyeri dirasakan penjaran dari tempat lain.

Reseptor rasa sakit didalam *traktus digestivus* terletak pada saraf yang tidak bermielin yang berasal dari system saraf otonom pada mukosa usus. Jalan saraf ini disebut sebagai serabut saraf C yang dapat

meneruskan rasa sakit lebih menyebar dan lebih lama dari rasa sakit yang dihantarkan dari kulit oleh serabut saraf A. Reseptor nyeri pada perut terbatas disubmukosa, lapisan meskularis dan serosa dari organ di *abdomen*. Serabut C ini akan bersamaan dengan saraf simpatis menuju ke ganglia pre dan paravertebrala dan memasuki akar dorsa ganglia. Impuls aferen akan melewati medulla spinalis pada traktus *spinotalamicus lateralis* menuju ke thalamus, kemudian ke konteks serebri. Impuls eferen dari visera biasanya dimulai oleh regangan atau akibat penurunan ambang batas nyeri pada jaringan yang meradang. Nyeri ini khas bersifat tumpul, pegal dan terbatas tak jelas serta sulit dilokalisasi, impuls nyeri dan *visera abdomen* atas (lambung, duodenum, pancreas, hati dan system empedu) mencapai medulla spinalis serta dirasakan didaerah epigastrium.

4. Manifestasi Klinis

a. Mekanika Sederhana Usus Halus

Kolik (kram) pada *abdomen* pertengahan sampai ke atas, distensi, muntah empedu awal peningkatan bising usus halus (bunyi gemericing bernada tinggi terdengar pada interval singkat) nyeri tekan difus minimal.

b. Mekanika Sederhana Usus Halus Bawah

Kolik (kram) signifikan di *abdomen*, distensi berat, muntah sedikit atau tidak ada kemudian mempunyai ampas, bising usus dan bunyi “hush” meningkat nyeri tekan difus minimal.

c. Mekanika Sederhana Kolon

Kram (*abdomen* tengah sampai bawah) distensi yang muncul terakhir, kemudian terjadi muntah (fekulen), peningkatan bising usus, nyeri tekan difus minimal.

d. Obstruksi Mekanik Parsial

Dapat terjadi bersama granulomatosa usus pada penyakit crohn, gejalanya kram, *colic abdomen*, distensi ringan dan diare.

e. Strangulasi

Gejala berkembang dengan cepat nyeri parah terus menerus dan terlokalisir distensi sedang, muntah paristen, biasanya bising usus

menurun dan nyeri tekan terlokalisir hebat. Feses atau vomitus menjadi berwarna gelap atau berdarah atau mengandung darah samar (Reeves, 2013).

5. Klasifikasi Klinis

Garis besarnya sakit perut dapat dibagi menurut datangnya serangan dan lamanya serangan, yaitu akut atau kronik (berulang), yang kemudian dibagi lagi atas kasus bedah dan non bedah (pediatrik). Selanjutnya dapat dibagi lagi berdasarkan umur penderita, yang dibawah 2 tahun dan di atas 2 tahun, yang masing-masing dikelompokkan menjadi penyebab gastrointestinal dan luar gastrointestinal (Reeves, 2013).

- a. *Colic abdomen* viseral adalah berasal dari organ dalam viseral dimana intervasi berasal dari saraf memiliki respon trauma terhadap distensi dan kontraksi otot, bukan karena iritasi lokal, robekan atau luka karakteristik nyeri viseral diantaranya sulit terlokalisir, tumpul, sumbu, dan cenderung beralih ke area dengan struktue embrional yang sama.
- b. *Colic abdomen* alih adalah nyeri yang dirasakan jauh dari sumber nyeri akibat perjalanan serabut saraf (Reeves, 2013).

6. Etiologi *Colic Abdomen*

- a. Mekanis
 - 1) *Adhesi*/perlengketan pasca bedah (90% dari obstruksi mekanik)
 - 2) Karsinoma
 - 3) Volvulus
 - 4) Intususepsi
 - 5) Obstipasi/Konstipasi
 - 6) Polip
 - 7) Struktur
- b. Fungsional (non mekanik)
 - 1) *Ileus paralitik*
 - 2) *Lesi medulla spinalis*
 - 3) *Enteritis regional*
 - 4) Ketidakseimbangan elektrolit
 - 5) Uremia

c. Etiologi yang lain yaitu:

- 1) *Inflamasi peritoneum parietal: perforasi peritonitis, omentitis, divertikulitis, pankreatitis, kolesistitis.*
- 2) Kelainan *mukosa visceral: tukak peptik, inflammatory bowel disease* kulitis infeksi, *esophagitis.*
- 3) *Obstruksi visceral: ileus obstruksi, kolik billier* atau renal karena batu.
- 4) Regangan kapsula organ: hepatitis kista ovarium, *pyelonefritis.*
- 5) Gangguan *vaskuler: iskemia atau infark intestinal.*
- 6) Gangguan motilitas: *irritable bowel syndrome, dyspepsia fungsional.*
- 7) Ekstra abdominal: herpes trauma *muskuloskeletal, infark miokard* (Hermayudi, 2020).

d. Gejala lain yang berhubungan dengan *colic abdomen*

Anorexia nausea dan muntah obstipasi/konstipasi atau diare yang sering menyertai abdomen tetapi bukan merupakan gejala yang spesifik sehingga tidak memiliki nilai diagnostik tinggi (Hermayudi, 2020).

1) Muntah

Saat distumulusasi oleh serat aferen visceral sekunder, *the medullary vomiting centers* mengaktifkan serat eferen yang menginduksi reflek muntah. Oleh karena itu, *colic abdomen* akut biasanya terdapat muntah yang juga berlaku sebaliknya.

2) Obstipasi/Konstipasi

Reflek ileus sering diinduksi oleh serat eferen visceral yang merangsang serat eferen saraf simpatis untuk menurunkan peristaltik usus. Obstipasi merupakan indikator *absolute* obstruksi usus. Namun obstipasi (tidak adanya pasase feses dan flatus) diperkirakan kuat sebagai obstruksi usus mekanik jika ada distensi abdomen dengan nyeri yang progresif atau muntah yang berulang.

3) Diare

Watery diare yang merupakan karakteristik dari

gastrointestinal dan penyebab lain akut abdomen. Diare berdarah diperkirakan oleh ulseratif, crohn disease, basilar atau disentri amuba.

7. Komplikasi

- a. Kolik *ureter* (tersumbatnya aliran-aliran dari ginjal ke usus)
- b. Kolik *biliaris*
- c. Kolik intestinal (obstruksi usus lewatnya isi usus yang terhalang) (Reeves, 2013).

8. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan fisik: tanda-tanda vital
- b. Pemeriksaan *abdomen*: lokasi nyeri
- c. Pemeriksaan rektal
- d. Laboratorium: leukosit, dan hemoglobin
- e. Sinar X *abdomen* menunjukkan gas atau cairan didalam usus.
- f. Barium enema menunjukkan kolon yang terdistensi, berisi udara atau lipatan sigmen yang tertutup.
- g. Penurunan kadar serum natrium, kalium dan klorida akibat muntah, peningkatan hitung SDP dengan nekrosis, strangulasi atau peritonitis dan peningkatan kadar serum amylase karena iritasi pankreas oleh lipatan khusus.
- h. Arteri gas darah dapat mengindikasikan asidosis atau alkalosis metabolik (Hermayudi, 2020).

9. Penatalaksanaan *Colic Abdomen*

- a. Tujuan Penatalaksanaan Nyeri
 - 1) Mengurangi intensitas dan durasi keluhan nyeri menurunkan kemungkinan berubahnya gangguan rasa nyaman menjadi gejala nyeri kronis yang persisten.
 - 2) Mengurangi penderitaan dan ketidakmampuan akibat nyeri.
 - 3) Meminimalkan reaksi tak diinginkan atau intoleransi terhadap terapi nyeri
 - 4) Meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengoptimalkan kemampuan pasien untuk menjalankan aktivitas sehari-hari.

- b. Penatalaksanaan *colic abdomen* secara nonfarmakologi yaitu:
- 1) Koreksi ketidak seimbangan cairan dan elektrolit
 - 2) Impementasikan pengobatannya untuk syok dan peritonitis.
 - 3) Hiperalimentasi untuk mengkoreksi defesiensi protein karena obstruksi kronik, ileus paralitik atau infeksi.
 - 4) Reaksi dengan anastomosis dari ujung ke ujung.
 - 5) Ostomi barel ganda jika anastomosis dari ujung ke ujung terlalu berisiko.
 - 6) Kolostomi lingkaran untuk mengalihkan aliran feses dan mendekomresi usus yang dilakukan sebagai prosedur kedua.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Menurut asuhan keperawatan Nening, (2021) mengenai asuhan keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa *Colic abdomen* terhadap pemenuhan kebutuhan kenyamanan di Ruang Perawatan RSUD Aliyah 2 Kota Kendari Tahun 2021. Pengkajian telah dilakukan pada Ny. R didapatkan keluhan utama yaitu keluhan nyeri, ditemukan data meliputi klien mengatakan nyeri pada ulu hati, klien mengatakan nyerinya hilang timbul, klien mengatakan skala nyeri 7 (1-10), dari keluhan diatas, peneliti mengambil masalah keperawatan pada pasien yaitu diagnosa keperawatan yang ada pada teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (misal, *inflamasi, iskemia, neoplasma*). Rencana keperawatan yang diberikan pada subjek asuhan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul yaitu meliputi nyeri akut yaitu dengan memberikan terapi kompres hangat selama 3 x 24 jam untuk mengurangi keluhan nyeri nya dan diberikan terapi aroma terapi, setelah dilakukan asuhan keperawatan tersebut terdapat evaluasi yang dihasilkan yaitu keluhan nyeri menurun dan skala nyeri dari 7 turun menjadi 0 nyeri yang dirasakan hilang.

Menurut asuhan keperawatan Dova, (2021) mengenai asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa *colic abdomen* terhadap kebutuhan aman dan nyaman. Pengkajian telah dilakukan pada Tn. S didapatkan keluhan nyeri pada bagian kiri bawah pada *abdomen* (kuadran 4), saat dikaji

didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan skala nyeri 5 (dari 1-10) pasien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk nyeri dirasakan hilang timbul setelah dilakukan pengkajian penulis merumuskan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Rencana keperawatan yang diberikan oleh penulis yaitu manajemen nyeri dengan memberikan terapi non farmakologis relaksasi *autogenic* setelah di ajarkan oleh penulis pasien melakukan terapi relaksasi *autogenic* sesuai intruksi yang diberikan penulis setelah implementasi dilakukan dan diterapkan kepada pasien didapatkan evaluasi dari implementasi berikut yaitu hasil dari pemberian relaksasi autogenik selama 20 menit dapat menurunkan skala nyeri pada pasien *Colic abdomen* dengan intensitas skala nyeri yang awalnya skala 5 menjadi skala 4 setelah diberikan relaksasi autogenik.

Menurut asuhan keperawatan Novia, (2020) mengenai asuhan keperawatan Pada Ny. J dengan Diagnosa *colic abdomen* terhadap kebutuhan aman dan nyaman di RSUD Labuan Batu Selatan. Pengkajian telah dilakukan pada Ny. J didapatkan keluhan utama yaitu keluhan nyeri. ditemukan data meliputi klien mengatakan nyeri pada ulu hati, klien mengatakan nyerinya hilang timbul, klien mengatakan skala nyeri 6 (1-10), dari keluhan diatas, peneliti mengambil masalah keperawatan pada pasien yaitu diagnosa keperawatan yang ada pada teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (misal, inflamasi, iskemia, neoplasma). Rencana keperawatan yang diberikan pada subjek asuhan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul yaitu meliputi nyeri akut yaitu dengan memberikan terapi kompres hangat selama 3x24 jam untuk mengurangi keluhan nyeri nya dan diberikan terapi aroma terapi, setelah dilakukan asuhan keperawatan tersebut terdapat evaluasi yang dihasilkan yaitu keluhan nyeri menurun dan skala nyeri dari 6 turun menjadi 2 nyeri yang dirasakan hilang.