

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dan hierarki kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri. Teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abraham Maslow dalam (Potter & Perry, 1997) dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut.

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap 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. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain, dan sebagainya.
- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial, dan sebagainya.

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri)

a. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan kondisi atau perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri dapat berbeda beda pada setiap individu dalam hal skala, hanya individu tersebut yang dapat menjelaskan mengenai rasa nyeri yang dialami (Tetty, 2019).

Menurut pendapat beberapa ahli mengenai pengertian nyeri :

- 1) Mc Coffery mendefinisikan nyeri sebagai keadaan yang dapat mempengaruhi individu yang keberadaannya dapat diketahui jika individu tersebut pernah mengalaminya.
- 2) Arthur C. Curton mendefinisikan nyeri sebagai suatu mekanisme produksi bagi tubuh, akan timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan reaksi dari individu tersebut untuk menghilangkan rasa nyeri.

b. Fisiologi nyeri

Timbulnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan, reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor* merupakan ujung-ujung saraf yang bebas memiliki sedikit myelin dan tersebar pada kulit dan mukosa (Susilarini et al., 2017).

Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan, stimulasi tersebut dapat berbentuk zat kimiawi seperti bradykinin, prostaglandin, histamin, serta macam macam asam yang ketika dilepas apabila terdapat kerusakan jaringan. Stimulasi lainnya dapat berupa mekanis, listrik, dan termal (Maryunani, 2010). Setelah itu stimulasi yang telah diterima reseptor akan ditransmisikan berupa impuls- impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang memiliki mielin rapat atau serabut A delta dan serabut lambat (serabut C). Impuls-impuls yang telah ditransmisikan oleh serabut A akan memiliki sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C serabut aferen kemudian masuk ke spinal melalui akar dorsal serta sinaps pada dorsal horn. Dorsal horn terdiri dari beberapa lapisan atau lamina, diantara

lapisan dua atau tiga berbentuk *substansia gelatinosa* yang merupakan saluran utama impuls, kemudian impuls nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal asendens yang paling utama, yaitu jalur *Spinathalamic tract* atau jalur SRT yang kemudian akan membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri (Putra & Budiarta, 2017).

Proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu *jalur opiate* dan *jalur nonopiate*. Jalur opiate dikenal dengan pertemuan reseptor otak yang terdiri atau jalur spinal dasendens dari thalamus yang melalui otak tengah dan medulla ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptor impuls supresif. Jalur nonipiate merupakan jalur desenden yang tidak memberikan respons terhadap *naloxone* yang kurang banyak diketahui mekanismenya (Putra & Budiarta, 2017).

c. Klasifikasi nyeri

(Sandika. D.J, 2019). Berdasarkan durasi/ waktu terjadinya nyeri secara umum dibagi menjadi dua yakni nyeri akut dan nyeri kronis (Pinzon, 2016):

- 1) Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, jangka waktu berlangsungnya nyeri akut tidak melebihi enam bulan dan ditandai dengan adanya peningkatan otot.
- 2) Nyeri Kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan, namun berlangsung dalam waktu yang cukup lama dengan jangka waktu lebih dari enam bulan.

Berdasarkan lokasi (tempat terasa nyeri) dibagi menjadi 2 yakni nyeri somatik dan nyeri viseral (Pinzon, 2016)

- 1) Nyeri somatik merupakan nyeri yang timbul akibat rangsangan terhadap nosiseptor baik superfisial maupun dalam. Nyeri somatik dalam diakibatkan oleh jejas pada struktur dinding tubuh seperti otot rangka/skletet

- 2) Nyeri visceral merupakan nyeri yang timbul akibat adanya jejas pada organ dengan saraf simpatis. Nyeri visceral diakibatkan oleh distensi abnormal atau kontraksi pada dinding otot polos, tarikan cepat kapsul yang menyelimuti suatu organ, iskemi otot skelet, iritasi serosa atau mukosa, pembengkakan atau pemelintiran jaringan yang berlekatan dengan organ organ ke ruang peritoneal dan nekrosis jaringan.

d. Stimulus nyeri

Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, diantaranya adalah (Hidayat & Uliyah, 2014):

- 1) Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- 2) Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- 3) Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri
- 4) Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blockade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat
- 5) Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Pengalaman nyeri individu dapat dipengaruhi oleh sebagai berikut (Kasiati & Rosmalawati, 2016):

- 1) Arti nyeri, bagi individu memiliki banyak perbedaan dan Sebagian besar arti nyeri memiliki arti yang negativ, seperti merusak, membahayakan dan lain sebagainya. Keadaan ini dapat dipengaruhi berbagai faktor seperti, usia, jenis kelamin latar belakang sosial budaya, serta pengalaman.
- 2) Persepsi Nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada fungsi evaluative kognitif. Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi *nociceptor*.
- 3) Toleransi Nyeri. Toleransi ini berhubungan erat dengan

intensitas nyeri yang mempengaruhi kemampuan individu dalam menahan nyeri, faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri diantaranya obat-obatan, hipnosis, garukan, pengalihan perhatian dan lain sebagainya. Sementara faktor yang dapat menurunkan tingkatan toleransi adalah kelelahan, marah, cemas serta nyeri yang tidak kunjung hilang.

- 4) Reaksi terhadap nyeri. Merupakan bentuk respons individu terhadap nyeri yang dirasakan, seperti ketakutan, gelisah, cemas menangis dan menjerit.

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi kenyamanan

Berdasarkan konsep kebutuhan dasar manusia (Kasiati & Rosmalawati, 2016), faktor yang dapat mempengaruhi kenyamanan diantaranya adalah:

- 1) Emosi

Kecemasan, depresi, dan marah akan mudah terjadi sehingga dapat mempengaruhi kenyamanan

- 2) Keadaan imunitas

Gangguan ini akan mengakibatkan daya tahan tubuh berkurang sehingga akan mudah terserang penyakit

- 3) Penggunaan antibiotik yang tidak rasional

Antibiotik yang penggunaannya tidak rasional dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok.

- 4) Usia

Adanya perbedaan perkembangan yang ditemukan antara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri

- 5) Jenis kelamin

Secara umum pria dan Wanita tidak berbeda secara makna dalam merespons nyeri dan tingkat kenyamanannya

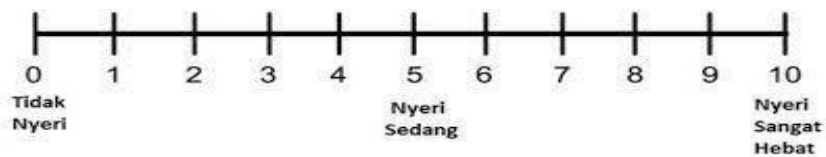
- 6) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi

g. Assesment nyeri

1) Skala nyeri menurut *Hayward*

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut *Hayward* dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan



Gambar 1 Skala nyeri

Sumber: Sulistyono, 2016.

Keterangan gambar

Angka 0: tidak nyeri

Angka 1-3: nyeri ringan

Angka 4-6: nyeri sedang

Angka 7-9: nyeri berat terkontrol

Angka 10: nyeri berat tidak terkontrol

Skala Nyeri 0-10 (*Comparative Pain Scale*) (Scientia, 2022)

Skala	Keterangan
1	Tidak ada rasa sakit
2	Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit
3	Nyeri sangat terasa namun bisa ditoleransi, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter
4	Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah

5	Kuat, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
6	Kuat, nyeri yang dalam dan menusuk begitu kuat sehingga mempengaruhi sebagian indra Anda, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu
7	Sama seperti skala 6, kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi I ndra Anda dan menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik
8	Nyeri yang kuat sehingga seseorang tidak dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian saat sakitnya kambuh dan berlangsung lama
9	Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak bisa mentolerirnya, sampai-sampai mengusahakan segala cara untuk menghilangkan rasa sakitnya, tanpa peduli apapun efek samping atau risikonya
10	Nyeri begitu kuat hingga tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini, karena sudah telanjur pingsan, seperti saat mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kehilangan kesadaran sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Dalam melakukan pengkajian keperawatan terdapat dua jenis data yang dapat di peroleh, yaitu data subjektif, data ini diperoleh dari hasil pengkajian terhadap pasien berupa keluhan atau persepsi perspektif subjektif pasien terhadap status kesehatannya. Sedangkan data objektif, data ini diperoleh dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang, dan hasil laboratorium (Leniwita & Anggraini, 2019).

a Identitas klien

Meliputi, nama, umur pasien, jenis kelamin, Pendidikan, alamat, pekerjaan, suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, nomor register

dan diagnosa medis.

b Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan yang paling dirasakan pasien pada saat pengkajian

2) Riwayat penyakit sekarang

Pasien bercerita tentang riwayat penyakit yang dialami, mulai perjalanan dari rumah sampai ke rumah sakit.

3) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat kesehatan dahulu ini berisi tentang pengalaman penyakit sebelumnya apakah memberi pengaruh pada penyakit yang diderita sekarang dan apakah pernah di rawat di Rumah Sakit.

4) Riwayat penyakit keluarga

Data yang diperoleh dari pasien maupun keluarga pasien, apakah keluarga pernah menderita penyakit yang sama serta apakah memiliki riwayat penyakit menurun ataupun menular.

c. Pengkajian nyeri

Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut:

- 1) P (pemacu), yaitu faktor yang mempengaruhi gawat atau rintangan nyeri.
- 2) Q (*quality*) dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat.
- 3) R (*region*), yaitu daerah perjalanan nyeri
- 4) S (*severity*) adalah keparahan atau intensitas nyeri
- 5) T (*time*) adalah lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum
- 2) Kesadaran
- 3) Ukur suhu tubuh, tekanan darah, nadi, serta tinggi dan berat badan pada pemeriksaan
- 4) Amati seluruh tubuh pasien untuk melihat keberadaan lesi kulit, lakukan hiperpigmentasi, ulsetrasi, tanda bekas tusukan jarum,

perubahan warna dan ada tidaknya cedera lakukan pemeriksaan status mental untuk mengetahui orientasi pasien, memori, komprehensi, kognisi, dan emosi pasien terutama sebagai akibat dari nyeri.

- 5) Lakukan pemeriksaan status mental untuk mengetahui orientasi pasien, memori, komprehensi, kognisi, dan emosi pasien terutama sebagai akibat dari nyeri.
- 6) Pemeriksaan sendi, lakukan pemeriksaan di kedua sisi pasien apabila kemungkinan untuk mendekati adanya asimetri, lakukan palpasi untuk mengetahui spesifik dari nyeri.
- 7) Pemeriksaan sensorik, menggunakan diagram tubuh sebagai alat bantu dalam menilai nyeri

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan yang dapat di tegakan pada pasien dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman berdasarkan buku SDKI (PPNI, 2018) adalah:

Diagnosis keperawatan pada kasus colic abdomen yang telah disesuaikan dengan (PPNI, 2018) yaitu:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisiologis (D.0077)
- 2) Nausea berhubungan dengan iritasi lambung (D.0076)
- 3) Resiko defisit nutrisi faktor psikologis (keenganan untuk Nyeri makan) (D. 0032)
- 4) Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D.0074)
- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)
- 6) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

Tabel 1 Diagnosa Keperawatan *Colic Abdomen*

No.	Diagnosa	Risiko atau faktor penyebab	Tanda dan gejala		Kondisi klinis terkait
			Mayor	Minor	
1.	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p> <p>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 3 bulan.</p>	<p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) - Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) - Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) 	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh nyeri <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur 	<p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis 	<ul style="list-style-type: none"> - Kondisi pembedahan - Cedera traumatis - Infeksi - Sindrom koroner akut - Glaukoma - meningitis - labirintis - uremia - ketadosis diabetik - ulkus peptikum - penyakit esopagus - tumor intraabdomen - penyakit maniere - neuroma akustik - tumor otak - kanker - glaukoma
2.	<p>Nausea (D.0076)</p> <p>Definisi: Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah</p>	<p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan biokimiawi - Gangguan pada esopagus - Distensi lambung - Iritasi lambung - Gangguan pankreas - Peregangan kapsul limpa - Tumor terlokalisasi - Peningkatan tekanan intraabdominal - Peningkatan intrakranial 	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meneluh mual - Merasa ingin muntah - Tidak berminat makan <p>Objektif: (tidak tersedia)</p>	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa asam di mulut - Sensasi panas atau dingin - Sering menelan <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - saliva meningkat - pucat - diaforesis - takikardia - pupil dilatasi 	

3.	<p>Resiko defisit nutrisi (D.0032)</p> <p>Definisi: Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p>	<p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan menelan makanan - Ketidakmampuan mencerna makanan - Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi - Peningkatan kebutuhan metabolisme - Faktor ekonomi - Faktor psikologis 	<p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif: (tidak tersedia)</p>	<p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif: (tidak tersedia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stroke - Parkinson - Mobius syndrom - Cerebral palsy - Cleft lip - Kerusakan neuromuskular - Infeksi - Luka bakar - Kanker
4.	<p>Gangguan rasa nyaman (D.0074)</p> <p>Definisi: Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.</p>	<p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gejala penyakit - Kurang pengendalian situasional/lingkungan - Ketidakadekuatan sumber daya (mis. Dukungan finansial, sosial dan pengetahuan) - Kurangnya privasi - Gangguan stimulus lingkungan - Efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi) - Gangguan adaptasi kehamilan 	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh tidak nyaman <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gelisah 	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit tidur - Tidak mampu rileks - Mengeluh kedinginan/kepanasan - Merasa gatal - Mengeluh mual - Mengeluh lelah <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan gejala distress - Tampak merintih/menangis - pola eliminasi berubah - Postur tubuh berubah - Iritabilitas 	<ul style="list-style-type: none"> - penyakit kronis - Keganasan - Distres psikologi - kehamilan
5.	<p>Gangguan pola tidur (D.0055)</p> <p>Definisi:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hambatan lingkungan (mis. kelembaban lingkungan) 	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit tidur - Mengeluh sering 	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh kemampuan beraktivitas 	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri/kolik - Hipertiroidisme - Kecemasan

	Gangguan kualitas dan kuantitas tidur akibat faktor eksternal	<p>sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurang kontrol tidur - Kurang privasi - Restraint fisik - Ketiadaan teman tidur - Tidak familiar dengan peralatan tidur 	<p>terjaga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh tidak puas tidur - Mengeluh pola tidur berubah - Mengeluh istirahat tidak cukup <p>Objektif : (tidak tersedia)</p>	<p>s menurun</p> <p>Objektif : (tidak tersedia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Penyakit paru obstruktif kronis - Kehamilan - Periode pasca partum - Kondisi pasca operasi
6.	<p>Defisit pengetahuan (D.0111) Definisi: Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Keterbatasan kognitif - Gangguan fungsi kognitif - Kekeliruan mengikuti anjuran - Kurang terpapar informasi - Kurang minat dalam belajar - Kurang mampu mengingat - Ketidaktahuan menemukan sumber informasi 	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan masalah yang dihadapi <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah 	<p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objektif: Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat - Menunjukkan perilaku berlebihan (mis.apatis bermusuhan, agitasi, histeri) 	<ul style="list-style-type: none"> - Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien - Penyakit akut - Penyakit kronis

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala threatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2017).

Tabel 2 Tujuan dan Kriteria Hasil Keperawatan *Colic Abdomen*

Diagnosa keperawatan: nyeri akut (D. 0077)	
<p>Tingkat nyeri (L.08066) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan sehingga berat dan konstan</p>	<p>Ekspetasi: menurun Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Menarik diri menurun - Berfokus pada diri sendiri menurun - Diaforesis menurun - Perasaan depresi (tertekan) menurun - Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun - Perineum terasa tertekan menurun - Uterus teraba membulat menurun - Ketegangan otot menurun - Pupil dilatasi menurun - Muntah menurun - Mual menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berfikir membaik - Fokus membaik - Fungsi berkemih membaik - Perilaku membaik - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik
Diagnosa Keperawatan: Nausea (D.0076)	
<p>Tingkat nausea (L. 08065) Definisi: Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah</p>	<p>Ekspetasi: menurun Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Napsu makan meningkat - Keluhan mual menurun - Perasaan ingin muntah menurun - Perasaan asam di mulut menurun - Sensasi panas menurun - Sensasi dingin menurun - Frekuensi menelan menurun - Diaforesis menurun - Jumlah saliva menurun - Pucat membaik - Takikardia membaik

	<ul style="list-style-type: none"> - Dilatasi pupil membaik -
Diagnosa Keperawatan: Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)	
Status nutrisi (L 03030) Definisi: Ketidakadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme	Ekspetasi: membaik Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makan yang dihabiskan meningkat - Kekuatan otot mengunyah meningkat - Kekuatan oto menelan meningkat - Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat - Perasaan cepat kenyang menurun - Nyeri abdomen menurun - Rambut rontok menurun - Diare menurun - Berat badan membaik - Indeks massa tubuh (IMT) membaik - Frekuensi makan membaik - Nafsu makan membaik - Bising usus mebaik - Membra mukosa membaik
Diagnosa keperawatan : Gangguan rasa nyaman (D.0074)	
Status kenyamanan (L.08064) Definisi: Keseluhan rasa nyaman dan aman secara fisik, psikologis, spritual, sosial, budaya, dan lingkungan	Ekspetasi: meningkat Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Kesejahteraan fisik meningkat - Kesejahteraan psikologis meningkat - Dukungan sosial dari keluarga meningkat - Dukungan sosial dari teman meningkat - Perawatan sesuai keyakinan budaya meningkat - Perawatan sesuai kebutuhan meningkat - Kebebasan melakukan ibadah meningkat - Rileks meningkat - Keluhan tidak nyaman menurun - Gelisah menurun - Kebisingan menurun - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan kedinginan menurun - Keluhan kepanasan menurun - Gatal menurun - Mual menurun - Lelah menurun - Merintih menurun - Menangis menurun - Menangis menurun - Iritabilitas menurun - Menyalahkan diri menurun

	<ul style="list-style-type: none"> - Konfusi menurun - Konsumsi alkohol menurun - Penggunaan zat menurun - Percobaan bunuh diri menurun - Memori masa lalu membaik - Suhu ruangan membaik - Pola eliminasi membaik - Postur tubuh membaik - Kewaspadaan membaik - Pola hidup membaik - Pola tidur membaik
Diagnosa keperawatan: Gangguan pola tidur (D.0055)	
Pola tidur (L.05045) Definisi: Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur	Ekspetasi: membaik - Kriteria hasil: - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan pola tidur berubah menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun - Kemampuan beraktifitas meningkat

Tabel 3 Intervensi Keperawatan Colic Abdomen

Diagnosa keperawatan: nyeri akut (D. 0077)	
Intervensi utama	Intervensi pendukung
Manajemen nyeri (i. 08238) Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan Observasi: <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Aromaterapi - Dukungan hipnosis di - Dukungan pengungkapan kebutuhan - Edukasi efek samping obat - Edukasi manajemen nyeri - Edukasi proses penyakit - Edukasi teknik napas - Kompres dingin - Kompres panas - Konsultasi - Latihan pernapasan - Manajemen efek samping obat - Manajemen kenyamanan lingkungan - Manajemen medikasi - Manajemen sedasi - Manajemen terapi radiasi - Pemantauan nyeri - Pemberian obat - Pemberian obat intravena - Pemberian obat oral - Pemberian obat itopikal - Pengaturan posisi - Perawatan amputasi

<p>analgetik</p> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - Perawatan kenyamanan - Teknik distraksi - Teknik imajinasi terbimbing - Terapi akupresur - Terapi akupuntur - Terapi bantuan hewan - Terapi humor - Terapi <i>murattal</i> - Terapi musik - Terapi pemijatan - Terapi relaksasi - Terapi sentuhan - <i>Transcutaneous electrical nerve stimulation (tens)</i>
<p>Diagnosa Keperawatan: Nausea (D.0076)</p>	
<p>Intervensi utama</p>	<p>Intervensi pendukung</p>
<p>Manajemen mual (L.03117)</p> <p>Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola perasaan tidak enak pada bagian tenggorokan atau lambung yang dapat menyebabkan muntah</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengalaman mual - Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup - Identifikasi faktor penyebab mual - Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual - Monitor mual - Monitor asupan nutrisi dan kalori <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual - Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual - Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik - Berikan makanan dingin ,bening, dan tidak berbau <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup - Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merasa mual - Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak 	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan hipnosis diri - Edukasi efek samping obat - Edukasi kemoterapi - Edukasi manajemen nyeri - Edukasi perawatan kehamilan - Edukasi teknik napas - Manajemen efek samping obat - Manajemen kemoterapi - Manajemen nyeri - Manajemen stres - Manajemen pemberian obat - Pemberian obat intravena - Pemberian obat oral - Terapi akupresur - Terapi akupuntur - Terapi relaksasi

<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual <p>Kalaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kalaborasi pemberian antiemetik 	
Diagnosa keperawatan: Gangguan rasa nyaman (D.0074)	
Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Terapi relaksasi (L.09326) Definisi: Menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan. Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penurunan tingkat nyeri, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala yang lain mengganggu kemampuan kognitif - Identifikasi teknik relaksasi yang efektif digunakan - Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya - Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dah suhu sebelum dan sesudah latihan. - Monitor respons terhadap relaksasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, <i>jika memungkinkan</i> - Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi - Gunakan pakaian longgar - Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama - Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, <i>jika sesuai</i> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan, manfaat batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) - Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih - Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan hipnosis diri - Dukungan pengungkapan kebutuhan - Edukasi aktivitas/istirahat - Edukasi efek samping obat - Edukasi keluarga manajemen nyeri - Edukasi kemoterapi - Edukasi kesehatan - Edukasi latihan fisik - Edukasi manajemen stres - Edukasi manajemen nyeri - Edukasi penyakit - Edukasi perawatan kehamilan - Edukasi perineum - Edukasi perawatan stoma - Edukasi teknik napas - Kompres dingin - Kompres panas - Konseling - Latihan berkemih - Latihan eliminasi fekal - Latihan pernapasan - Latihan rehabilitas - Latihan rentang gerak - Manajemen efek samping obat - Manajemen hipertemia - Manajemen hipotermia - Manajemen kenyamanan lingkungan - Manajemen kesehatan kerja - Manajemen keselamatan lingkungan - Manajemen mual - Manajemen muntah - Manajemen nyeri akut - Manajemen nyeri kronik - Manajemen nyeri persalinan - Manajemen stres - Manajemen terapi radiasi - Manajemen trauma perkosaan - Pemantauan nyeri - Pemberian obat - Pencegahan hipertermi keganasan - Penjahitan luka - Perawatan amputasi - Perawatan area insisi

	<ul style="list-style-type: none"> - Perawatan inkontinensia fekal - Perawatan inkontinensia urine - Perawatan kehamilan - Perawatan pasca persalinan - Perawatan perineum - Perawatan rambut - Perawatan seksio secaria - Teknik latihan penguatan otot dan sendi - Teknik pemijatan - Terapi relaksasi
Diagnosa keperawatan: Gangguan pola tidur (D.0055)	
Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Dukungan tidur (L.09265)</p> <p>Definisi: Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur.</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Identifikasi obat yaang dikonsumsi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifikasi lingkungan (mis.pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur - Batasi waktu tidur siang,<i>jika perlu</i> - Fasilitasi menghilangkan stres waktu tidur - Tetapkan jadwal tidur yang rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure) - Sesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM. - Ajarkan faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis.psikologi,gaya hidup, sering berubah shif bekerja) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan kepatuhan program pengobatan - Dukungan meditasi - Dukungan perawatan diri : BAB/BAK - Fototerapi gangguan mood/tidur - Latihan otogenik - Manajemen demensia - Manajemen energi - Manajemen lingkungan - Manajemen medikasi - Manajemen nutrisi - Manajemen nyeri - Manajemen penggantian hormon - Pemberian obat oaral - Pengaturan posisi - Promosi koping - Promosi latihan fisik - Redukasi ansietas - Teknik menenangkan - Terapi aktivitas - Terapi musik - Terapi pemijatan - Terapi relaksasi - Terapi relaksasi oto progresif

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap pelaksanaan proses asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan independen (secara mandiri) dan juga berkolaborasi antar tim medis. Pada tindakan independen, aktivitas perawat di dasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan berdasarkan dari keputusan pihak lain. Sedangkan tindakan (Tim Tim Pokja PPNI, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasil pengkajian klien yang tujuannya adalah memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Tim Tim Pokja PPNI, 2016).

C. Konsep penyakit

1. Definisi *Colic Abdomen*

Colic abdomen merupakan nyeri hebat yang disebabkan karena adanya gangguan pada aliran normal usus di saluran intestinal. Sumbatan tersebut terjadi ketika adanya gangguan yang menyebabkan adanya hambatan aliran isi usus kedepan (Manurung et al., 2020).

Nyeri *colic abdomen* di definisikan sebagai serangan nyeri yang berat dan persisten, dapat terjadi secara tiba tiba serta membutuhkan tindakan bedah untuk mengatasi penyebabnya. colik abdomen adalah rasa nyeri pada daerah abdomen atau perut memiliki sifat hilang timbul, hal yang mendasari terjadinya hal ini adalah adanya infeksi pada organ yang ada didalam perut seperti mencret, batu ginjal, dan radang kandung empedu (Manurung et al., 2020).

2. Manifestasi klinis

Adapun tanda dan gejala *colic abdomen* menurut (Abarca, 2021) sebagai berikut:

- a) Mekanika sederhana (usus halus atas)
Kram pada abdomen akan terjadi pada pertengahan sampai keatas, distensi, muntah empedu awal, adanya peningkatan bising usus (seperti bunyi gemrincing dengan nada tinggi terdengar pada interval singkat), nyeri tekan.
- b) Mekanika sederhana (usus halus bawah)
Kram terjadi secara signifikan pada midabdomen, muntah sedikit atau tidak ada, distensi berat, bising usus berbunyi (Hush), nyeri tekan dengan difus maksimal.
- c) Starangulasi
Gejala yang dialami dapat berkembang dengan cepat nyeri bertambah parah berlangsung secara terus menerus dan terlokalisir, distensi sedang, muntah, bising usus menurun dan nyeri terlokalisir hebat. Feses berwarna gelap atau berdarah.

3. Etiologi

Adapun penyebab terjadinya *colic abdomen* (Abarca, 2021):

- 1) Mekanisme
 - a) Adhesi/perlekatan pascabedah
 - b) Valveolus
 - c) Intusupsesi
 - d) Obstipasi
 - e) polip
- 2) Fungsional (non mekanik)
 - a) Ileus paralitik
 - b) Entritis regional
 - c) Ketidakseimbangan elektrolit
 - d) Lesi medulla spinalis
 - e) uremia
- 3) Etiologi yang lain
 - a) Adanya inflamasi peritoneum parietal seperti apenditis, pankreatitis, dan koleastitis.
 - b) Memiliki kelainan mukosa visceral seperti kulit infeksi, tukak

peptik, dan esophagitis.

- c) Gangguan vaskuler
- d) Gangguan motilitas
- e) Adanya ekstra abdominal seperti hepes trauma musculoskeletal, dan infarkd miokard

4. Patofisiologi

Peristiwa patofisiologis yang terjadi setelah adanya obstruksi usus adalah sama, limen usus tersumbat prosesif akan terenggan oleh cairan dan gas. Akumulasi gas dan cairan didalam limen usus sebelah proksimal dari letak obstruksi akan mengakibatkan terjadinya distensi, kehilangan H₂O dan elektrolit. Adanya peningkatan distensi akan menyebabkan terjadinya peningkatan antar intralumen sehingga akan terjadi penurunan tekanan vena dan kapiler arteri yang akan berdampak pada terjadinya iskemia dinding usus serta hilangnya Cairan menuju ruang peritonium akibatnya bakteri dan toksin terlepas dan masuk kedalam usus (Abarca, 2021).

Bakteri yang berlangsung cepat akan menimbulkan peritonitis septik ketika terjadi kehilangan cairan yang akut maka akan menyebabkan syok hipovolemik. Ileus obstruktif atau penyumbatan pada instestinal mekanik dapat terjadi karena adanya daya mekanik yang bekerja atau mempengaruhi dinding usus sehingga menyebabkan penyumbatan/ penyempitan lumen usus bagian proximal tempat penyumbatan akan menyebabkan distensi atau pelebaran dinding usus (Abarca, 2021).

Sumbatan dan distensi usus menyebabkan terjadinya rangsangan hipersekresi kelenjar pencernaan. Dengan demikian akumulasi cairan dan gas akan makin bertambah dan menyebabkan distensi usus tidak hanya pada tempat terjadinya sumbatan tetapi juga mengenai saluran Panjang usus sebelah proximal. Sumbatan ini akan menyebabkan Gerakan usus meningkat sebagai usaha maksimal sebaliknya juga terjadi Gerakan anti peristaltic. Hal ini

akan menyebabkan terjadinya serangan colic abdomen (Abarca, 2021).

5. Klasifikasi

Berdasarkan (Siallagan, 2020) colic abdomen diklasifikasikan sebagai berikut:

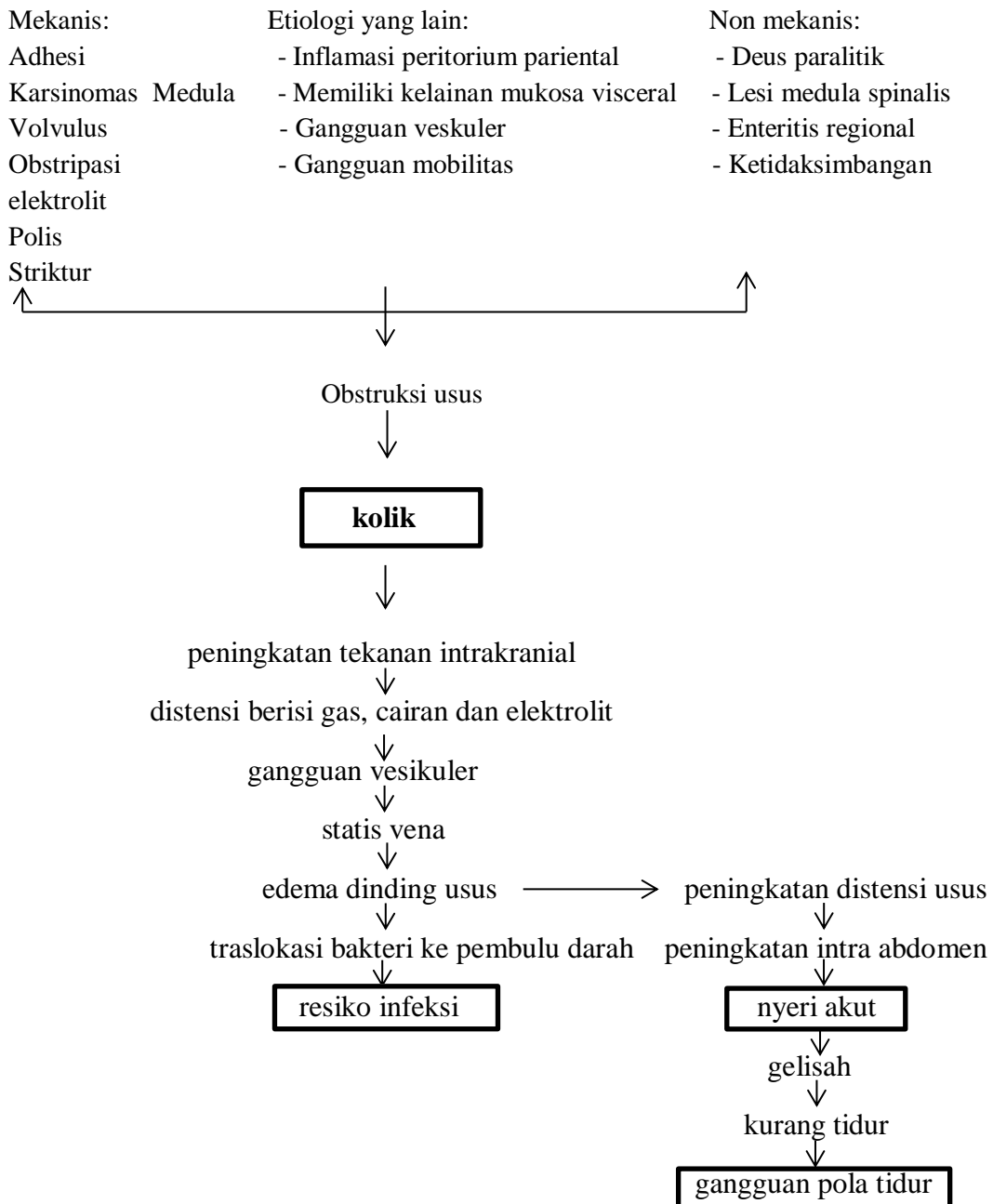
- 1) *Colic abdomen* viseral, berasal dari organ dalam. Viseral dimana intervasi berasal dari saraf memiliki respon trauma terhadap distensi dan kontraksi otot bukan karena iritasi lokal.
- 2) *Colic abdomen* merupakan nyeri yang dirasakan disekitar abdomen dan dirasakan jauh dari sumber nyeri akibat perjalanan serabut saraf.

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan *colic abdomen* Menurut (Abarca, 2021) adalah:

- 1) Pemeriksaan radiologi
 - a) USG Abdomen
- 2) Pemeriksaan rektal
 - 3) Hb
- 4) Laboratorium
 - a) Leokosit

7. Pathway Colic Abdomen



Gambar 2 Patway colic abdomen

sumber : (Rachman, 2018)