

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari pekerjaan keperawatan dan itu adalah proses pengumpulan data yang sistematis beberapa sumber data untuk penilaian kondisi dan deteksi tentang kesehatan klien. Pengkajian keperawatan adalah pembenaran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Evaluasi yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau keadaan Sangat penting bagi klien untuk merumuskan diagnosis dalam pekerjaan keperawatan sesuai dengan organisasi pekerjaan keperawatan respon individu (Budiono, 2016)

a. Identitas klien

- 1) Nama
- 2) Umur
- 3) Jenis kelamin
- 4) Pendidikan
- 5) Pekerjaan
- 6) Tanggal masuk Rumah Sakit
- 7) Diagnosa medis
- 8) Alamat

b. Riwayat Kesehatan

Berisi tentang menanyakan bagaimana cara masuk ke RS apakah melalui IGD, Poliklinik atau transfer ruangan. Menanyakan masuk ruangan pada tanggal berapa, diantar oleh siapa, masuk menggunakan apa, status mental saat masuk, tanda-tanda vital saat masuk dan nyeri.

1) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan klien pada saat dikaji.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Mengungkapkan hal-hal yang menyebabkan klien mencari pertolongan, dikaji dengan menggunakan pendekatan PQRST :

P :Apa yang menyebabkan timbulnya keluhan.

Q :Bagaiman keluhan dirasakan oleh klien, apakah hilang, timbul atau terus- menerus (menetap).

R :Di daerah mana gejala dirasakan

S :Seberapa keparahan yang dirasakan klien dengan memakai skala numeric 1 s/d 10.

T :Kapan keluhan timbul, sekaligus faktor yang memperberat dan memperingan keluhan.

3) Riwayat alergi

Perawat menanyakan apakah klien mempunyai riwayat alergi makanan atau obat-obatan

4) Riwayat Kesehatan dahulu

Perlu dikaji apakah klien pernah menderita penyakit yang sama seperti sekarang.

5) Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama dengan klien.

2. Diagnosa keperawatan

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

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penyakit *colic abdomen* yaitu:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

- 1) Mengeluh nyeri

Objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

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

Objektif : (tidak tersedia)

- c. Retensi urin berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra

Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

- 1) Sensasi penuh pada kandung kemih

Objektif:

- 1) Disuria/anuria
- 2) Distensi kandung kemih

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient

Tanda dan gejala mayor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif:

- 1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

- e. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tanda dan gejala mayor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif:

- 1) Frekuensi nadi meningkat
 - 2) Nadi teraba lemah
 - 3) Tekanan darah menurun
 - 4) Tekanan nadi menyempit
 - 5) Turgor kulit menurun
 - 6) Membrane mukosa kering
 - 7) Volume urin menurun
 - 8) Hematokrit meningkat
- f. Resiko infeksi ditandai dengan penyakit kronis

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas.

Tabel 2.1
Intervensi keperawatan
(Sumber: SIKI, SLKI 2018)

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap Protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nyeri menurun	Manajemen nyeri Obervasi: 1. Identifikasi Lokasi , karakteristik , durasi, frekuensi , kualitas , dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 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 Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Monitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu

2	Gangguan pola tidur (D.0055)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik: 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi: 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
---	------------------------------	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 2.2

Implementasi keperawatan

Diagnosa	Implementasi
Nyeri Akut	Obervasi: 1. Mengidentifikasi Lokasi , karakteristik , durasi frekuensi , kualitas , dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Memonitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: 1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Memfasilitasi istirahat dan tidur 4. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 3. Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Mengajarkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 1. Berkolaborasi pemberian analgesik jika perlu
Gangguan Pola Tidur	Observasi: 1. Mengidentisikasi pola aktivitas dan tidur 2. Mengidentifikasi faktor penganggu tidur 3. Mengidentifikasi makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Memodifikasi lingkungan 2. Membatasi waktu tidur siang 3. Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Menetapkan jadwal tidur rutin 5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 6. Menyesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi 1. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Mengajarkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur

	4. Mengajarkan menggunakan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur 6. Mengajarkan relaksasi otot outogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
--	---

5. Evaluasi

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Evaluasi asuhan keperawatan menurut SLKI (2018) yaitu:

S	Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
O	Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
A	Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.
P	Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

- Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebahagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.

B. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Dasar Manusia

Teori hirarki kebutuhan merupakan suatu teori tentang kebutuhan manusia yang memiliki tingkatan sesuai dengan yang telah diungkapkan oleh Abraham Maslow. Hirarki kebutuhan merupakan teori tentang motif manusia dengan cara mengklasifikasikan kebutuhan dasar manusia dalam suatu hierarki, dan teori motivasi manusia yang dihubungkan kebutuhan-kebutuhan ini dengan perilaku umum (Bouzenita, Boulanouar, 2016:59–81)

Maslow menggolongkan kebutuhan manusia menjadi lima kebutuhan dasar yang dijelaskan dalam bentuk piramida tingkatan yang dimulai dari kebutuhan fisiologis, keamanan (*safety*), dimiliki dan cinta

(*belonging and love*), harga diri (*self esteem*), dan kebutuhan aktualisasi diri (Ginting, 2018:220-233).

a. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling mendasar dari hierarki Maslow. Kebutuhan ini disebut juga sebagai kebutuhan primer, seperti makan, minum, pakaian, dan tempat tinggal. Manusia akan memenuhi kebutuhan fisiologis terlebih dahulu sebelum ia beranjak ke kebutuhan berikutnya. Sebab, kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang paling kuat dan mendesak pemenuhannya (Hadijah et al., 2021).

b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing

c. Kebutuhan akan rasa kasih sayang dan memiliki

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial.

d. Kebutuhan akan harga diri

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan aktualisasi merupakan kebutuhan tertinggi dalam piramida hierarki Maslow yang meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai

dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya.

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

Potter & Perry (2006) dalam (Mubarak, I. Indrawati L, Susanto J., 2015) menjelaskan bahwa rasa nyaman adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan akan rasa tentram (kedamaian untuk mencapai kepuasan dalam aktivitas sehari-hari), kelegaan akan terpenuhinya kebutuhan kesempurnaan fisik, mental maupun sosial. Kenyamanan ditinjau secara menyeluruh mencakup 4 (empat) aspek (Putri, D. A. Susanti, et al., 2021 dalam Putri,E. M. I., Rahmi, C., Paramitha, D. S, 2022) yaitu:

- a. Kenyamanan tubuh, berkaitan dengan kondisi fisik
- b. Kenyamanan sosial. berkaitan dengan hubungan antar individu, keluarga, dan sosial kemasyarakatan
- c. Kenyamanan Psikospiritual berkaitan dengan kenyamanan internal seseorang meliputi seksualitas, harga-diri dan makna-hidup.
- d. Lingkungan berkaitan dengan paparan dan respon pengalaman eksternal individu meliputi bunyi cahaya suhu warna, dan unsur amis lainnya. Kebutuhan rasa nyaman yang dipenuhi oleh perawat akan memberkan harapan kekuatan motivasi, dan mampu bertahan pertolongan pasien.

3. Kebutuhan Gangguan Rasa Nyaman

Menurut SDKI (2016) gangguan rasa nyaman merupakan perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

4. Penyebab Gangguan Rasa Nyaman

Etiologi gangguan rasa nyaman yang dirujuk dari Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) dalam (Putri, D. A. Susanti, et al., 2021 dalam Putri,E. M. I., Rahmi, C., Paramitha, D. S, 2022) adalah sebagai berikut:

- a. Gejala penyakit
- b. Kurang pengendalian situasional/lingkungan
- c. Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya: dukungan finansial, sosial dan pengetahuan)
- d. Kurangnya privasi
- e. Gangguan stimulus lingkungan
- f. Efek samping terapi (misalnya: medikasi, radiasi, kemoterapi)
- g. Gangguan adaptasi kehamilan

5. Gejala Dan Tanda Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku PPNI (2016) gejala dan tanda gangguan rasa nyaman adalah

- a. Mengeluh tidak nyaman
- b. Mengeluh mual
- c. Mengeluh ingin muntah

6. Jenis Gangguan Rasa Nyaman

Menurut (Mardella, Ester, Riskiyah, & Mulyaningrum, 2013) nyaman dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasakan sensasi yang tidak nyaman, tidak menyenangkan selama 1 detik sampai dengan kurang dari enam bulan.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu yang lebih dari enam bulan.

c. Mual

Mual merupakan keadaan pada saat individu mengalami sensasi yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa saja menimbulkan muntah atau tidak.

7. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi nyeri

Nyeri adalah penyakit yang ditandai dengan sensasi tidak menyenangkan yang hanya dapat dijelaskan secara akurat oleh orang yang mengalaminya, karena pengalaman rasa sakit dan ketidaknyamanan setiap orang berbeda (Alimul, 2015).

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak nyaman yang terjadi sebagai akibat dari kerusakan jaringan, atau kerusakan jaringan yang ada atau yang akan datang (Aydede, 2017).

b. Fisiologi nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan adanya reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri adalah *nociceptor* yang merupakan ujung-ujung saraf bebas yang sedikit atau hampir tidak memiliki *myelin* yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kantung empedu. Nyeri dapat terasa apabila reseptor nyeri tersebut menginduksi serabut saraf perifer aferen yaitu serabut A-delta dan serabut C. Serabut A mempunyai *myelin* sehingga dapat menyalurkan nyeri dengan cepat, sensasi yang tajam, dapat melokalisasi sumber nyeri dengan jelas dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C tidak memiliki *myelin*, berukuran sangat kecil, sehingga buruk dalam menyampaikan impuls terlokalisasi visceral dan terus-menerus. Ketika rangsangan serabut C dan A-delta dari perifer disampaikan maka mediator biokimia akan melepaskan yang aktif terhadap respon nyeri seperti : kalium dan prostaglandin yang akan keluar jika ada jaringan yang rusak. Transmisi stimulus nyeri akan berlanjut sepanjang serabut saraf aferen dan berakhir di bagian kornu dorsalis medulla spinalis. Saat di kornu dorsalis, neuritransmitter seperti substansi P dilepas sehingga menyebabkan suatu transmisi sinapsis dari saraf perifer menuju saraf traktus spinolatus lalu informasi dengan cepat disampaikan ke pusat thalamus (Aydede, 2017).

c. Klasifikasi nyeri

Secara umum klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis:

1) Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri merupakan respon biologis terhadap suatu cedera jaringan dan menjadi suatu tanda bila ada kerusakan jaringan, seperti nyeri pasca operasi. Jika nyeri terjadi bukan karena penyakit sistematis, nyeri akut biasanya sembuh setelah kerusakan jaringan diperbaiki nyeri akut umumnya terjadi kurang dari enam bulan atau kurang dari satu bulan.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis yaitu nyeri yang menetap sepanjang suatu periode waktu, konstan atau intermiten. Nyeri akut berlangsung diluar penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik yang menyebabkan nyeri terus menerus atau nyeri berulang dalam beberapa bulan atau tahun. Beberapa peneliti menggunakan durasi dari 6 bulan untuk menunjuk nyeri sebagai kronis.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Nyeri merupakan sesuatu yang rumit dan banyak faktor yang memengaruhi pengalaman nyeri seseorang. Menurut (Smeltzer & Bare, 2015) variabel berikut yang mempengaruhi respon nyeri:

1) Usia

Usia merupakan faktor yang signifikan dalam rasa sakit, terutama pada anak-anak dan orang tua. Rasa sakit sulit bagi anak kecil untuk dipahami, juga untuk diungkapkan dan disampaikan.

2) Budaya

Sikap dan nilai budaya memengaruhi pengalaman nyeri seseorang dan bagaimana mereka menyesuaikan diri dengan hal tersebut. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri.

3) Ansietas

Kecemasan biasanya meningkatkan rasa sakit seseorang. Untuk mengelola emosi, stimulan nyeri melibatkan area limbik. Sistem limbik dapat menangani respons emosional terhadap rasa sakit, seperti peningkatan rasa sakit atau penghilang rasa sakit.

4) Pengalaman Sebelumnya

Setiap orang belajar nyeri dari masa lalunya. Jika individu sering mengalami nyeri yang sama dan nyeri tersebut dihilangkan secara efektif, individu tersebut akan dapat memahami rasa nyeri dengan lebih mudah. Akibatnya, klien lebih siap menghadapi ketidaknyamanan. Jika klien belum pernah mengalami nyeri, rasa nyeri yang pertama kali dapat mengganggu manajemen nyeri.

5) Efek Plasebo

Efek plasebo ketika seseorang percaya bahwa terapi atau tindakan akan memiliki efek, mereka mengalami efek plasebo. Ini bermanfaat untuk menerima perawatan atau mengambil tindakan sendiri.

e. Pengkajian nyeri

Nyeri dapat dinilai dengan memahami fitur (PQRST) yang akan membantu pasien dalam mengungkapkan keluhannya secara lengkap, yaitu sebagai berikut:

1) *Provocates/palliates* (P)

Informasi tentang sumber nyeri dan pengobatan yang dapat meringankan dan meningkatkan nyeri (Pinzon, 2016).

2) *Quality (Q)*

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang dirasakan penderita, seperti akut, tumpul, panas, berdenyut, tertindih, panas, ditusuk, dan sebagainya (Pinzon, 2016).

3) *Region (R)*

Mengkaji lokasi nyeri yang dirasakan pasien serta arah penyebaran nyeri yang dirasakan. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri (Pinzon, 2016).

4) *Severity (S)*

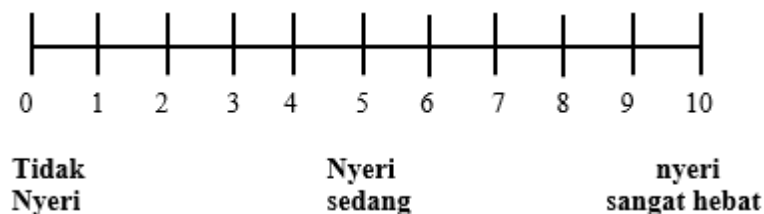
Mengkaji intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien, biasanya menggunakan rentang skala dan derajat nyeri dari 1-10 yaitu dari nyeri ringan, sedang dan berat (Pinzon, 2016).

5) *Time (T)*

Mengkaji awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan “sejak kapan merasakan nyeri?” “sudah merasa nyeri berapa lama?” (Sulistyo, 2016).

f. Mengukur skala nyeri

Menggantikan deskriptor kata, pasien menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1 sampai 10. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan setelah mendapatkan intervensi. NRS yang diturunkan dari VAS sangat membantu untuk pasien yang menjalani operasi, setelah anestesi pertama, dan sekarang sering digunakan untuk pasien yang menderita nyeri di unit pasca operasi (de Boer, 2018).



Gambar 2.1 *Numeric Rating Scale*

Sumber : (Sulistyo,2016)

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan
- 4-6 : Nyeri sedang
- 7-9 : Sangat nyeri, tetapi masih dapat melakukan aktivitas
- 10 : Sangat nyeri, dan tidak dapat di kendalikan

g. Strategi penatalaksanaan nyeri

Menurut (Wahyudi,2016) terdapat beberapa cara penanganan nyeri yaitu:

1) Farmakologi

Manajemen farmakologi yang dilakukan adalah pemberian analgesik atau obat penghilang rasa sakit. Penatalaksanaan farmakologi adalah pemberian obat untuk mengurangi nyeri. Obat-obatan yang diberikan dapat digolongkan ke dalam:

a) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai *derivate opium* seperti *morfin* dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengadakan ikatan dengan reseptor *opiate* dan mengaktifkan penekanan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernapasan di medulla batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernapasan jika menggunakan analgesik jenis ini.

b) Analgesik non narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi. Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

2) Non farmakologi

Penanganan nyeri secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara yaitu:

a) Relaksasi progresif

Relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stres. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri.

b) Stimulasi kutaneus placebo

Plasebo adalah zat tanpa kegiatan farmakologi dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri dari larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa.

c) Teknik distraksi

Distraksi adalah metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien lupa terhadap nyeri yang dialaminya.

C. Konsep Dasar *Colic Abdomen*

1. Definisi

Menurut (Sapitry Purba et al., 2021) *colic abdomen* adalah suatu gangguan yang terjadi di sepanjang usus yang dapat disebabkan oleh sumbatan dari organ perut seperti batu ginjal dan batu empedu sehingga menimbulkan rasa nyeri pada penderitanya.

Colic abdomen adalah nyeri tekan yang tidak spesifik yang dirasakan pada perut disebabkan oleh obstruksi pada saluran pencernaan dan suatu keadaan darurat non trauma dimana pasien membutuhkan pertolongan segera berupa operasi untuk mencegah kondisi pasien lebih buruk (Griffiths & Glancy, 2020).

Sedangkan menurut (Manurung et al., 2020) *colic abdomen* adalah gangguan pada aliran normal usus sepanjang tratus intestinal. Rasa nyeri pada perut yang sifatnya hilang timbul dan bersumber dari organ

yang terdapat dalam abdomen (perut) hal yang mendasari penyakit ini adalah infeksi pada organ di dalam perut (mencret, radang kandung empedu, radang kandung kemih), sumbatan dari organ perut (batu empedu, batu ginjal). Rasa sakit ini dapat muncul mendadak pada orang dewasa, bisa juga berkembang secara bertahap dan semakin kronis.

2. Etiologi

Penyebab dari *colic abdomen* terbagi menjadi beberapa faktor menurut (Reddy et al., 2021) dan (Meena et al., 2022) dalam studi kasus yang sudah dilakukan yaitu:

a. Secara Mekanis

1) Adhesi

Adhesi merupakan bersatunya bagian-bagian tubuh yang berdekatan karena radang. Biasanya terjadi pada usus sehingga menyebabkan *colic abdomen*.

Dalam studi kasus oleh (Meena et al., 2022) ditemukan bahwa sebanyak 41% dari subjek penelitian yang mengalami *colic abdomen* disebabkan oleh adhesi.

2) Karsinoma

Karsinoma adalah kanker yang terjadi pada sel-sel epitel, dalam kasus ini terjadi pada usus besar (Meena et al., 2022).

3) Volvulus

Volvulus yaitu penyumbatan isi usus karena terbelitnya sebagian usus di dalam usus

4) Obstipasi

Obstipasi terjadi ketika konstipasi yang tidak terobati atau sudah mengalami keparahan. Dalam studi kasus oleh (Reddy et al., 2021) terdapat sebanyak 77.1% dan 50.8% pasien yang mengalami konstipasi dan obstipasi sehingga menimbulkan rasa nyeri.

5) Striktur

Striktur adalah penyumbatan yang abnormal terjadi pada duktus atau saluran. Dalam hasil studi oleh (Meena et al., 2022) terdapat sebanyak 4% pasien yang mengalami colic abdomen disebabkan oleh striktur pada uretra

b. Fungsional (non-mekanis)

1) Ileus paralitik

Ileus paralitik adalah kelumpuhan pada usus sehingga menyebabkan gangguan penyerapan dan menimbulkan kembung.

2) Enteritis regional

3) Ketidakseimbangan elektrolit Uremia

c. Etiologi yang lain yaitu:

1) Inflamasi peritoneum pariel : perforasi, peritonitis, opendisitis, diverti, kulitis, pankreatitis, kolesitis.

2) Kelainan mukosa visceral : tukak peptic, *inflammatory bowel disease*, kulitis infeksi, esofagitis.

3) Obstruksi visceral : ilues obstruksi, kolik bilier atau renal

4) Regangan kapsula organ : hepatitis kista ovarium, pilelonefritis

5) Gangguan vaskuler : iskemia atau infark intestinal

6) Gangguan motilitas : *irritable bowel syndrome*, dyspepsia fungsional, gastritis

7) Ekstra abdominal : hespes trauma muskuloskeletal, infark miokard dan paru dan lainnya.

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada pasien dengan *colic abdomen* menurut (Manurung et al., 2020) antara lain:

a. Indikasi *Koelitis*

Manisfestasi klinis yang dialami berupa mual, peningkatan bising usus, kehilangan nafsu makan.

b. Indikasi Ileus

Tanda dan gejalanya yaitu pasien mengalami mual, tidak bisa buang angin dan BAB, kehilangan nafsu makan, dan muntah-muntah

c. Indikasi *Dispepsia*

Tanda dan gejalanya berupa mual, tubuh terasa lemas dan panas, perut kembung, dan kehilangan nafsu makan.

d. Indikasi *Apendiscitis*

Pada pasien dengan apendisitis mengalami tanda dan gejala yang paling menonjol yaitu nyeri ulu ati, terasa perih bagian perut, nyeri punggung, perut kembung, gangguan buang air kecil, diare, distensi berat dan ringan, perut terasa panas, kehilangan nafsu makan, dan muntah-muntah.

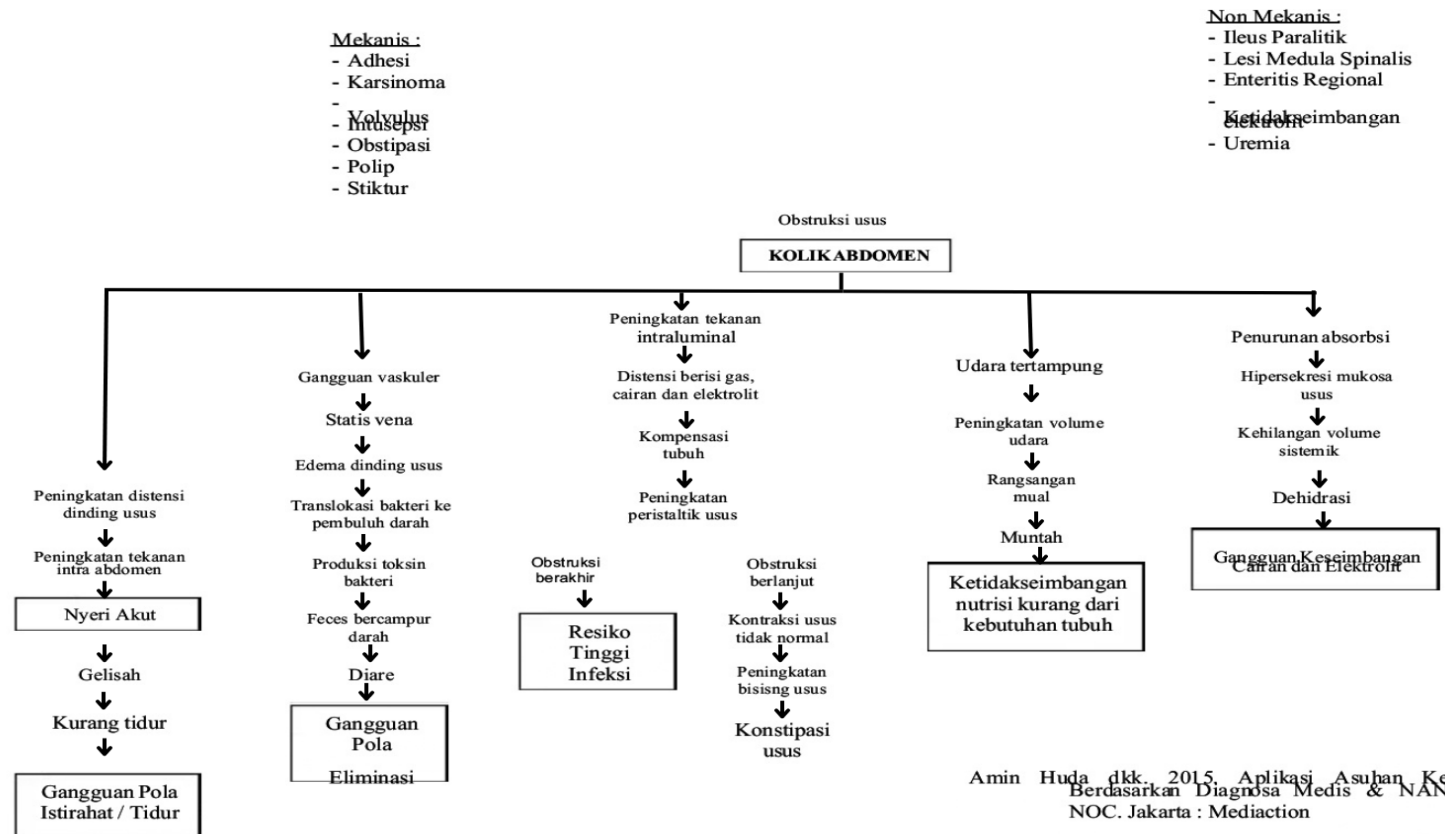
4. Patofisiologi

Pada *colic abdomen*, dapat disebabkan oleh beberapa faktor baik secara mekanis dan fungsional ataupun faktor lainnya. Dalam pengaruhnya untuk menimbulkan nyeri dibedakan sesuai dengan pembagiannya, untuk perbedaan utama dari faktor-faktor tersebut dapat dilihat dari pengaruhnya pada peristaltik usus dimana dapat menimbulkan obstruksi paralitik. Pada obstruksi mekanis, peristaltik mula-mula meningkat kemudian melandai (*intermitten*) sampai akhirnya menghilang (Murali & El Hayek, 2021).

Lumen usus yang tertutup secara progresif diregangkan oleh cairan dan gas. Akumulasi gas dan cairan dalam lumen usus dekat tempat obstruksi menyebabkan pembengkakan dan hilangnya hidroksida dan elektrolit dengan peningkatan distensi, peningkatan tekanan intraluminal, penurunan tekanan kapiler vena dan arteri, dan penurunan usus. Kehilangan dinding dan cairan ke dalam perut rongga menyebabkan pelepasan bakteri dan enterotoksin, dan bakteri yang bekerja cepat menyebabkan peritonitis septik. Kehilangan cairan akut dapat menyebabkan syok hipovolemik. Jika tidak dilakukan operasi segera maka berpotensi pada kematian (Murali & El Hayek, 2021).

5. Pathway

Gambar 2.2 pathway



Sumber: Meena, N. *et al.* 2022. Prospective study of acute intestinal obstruction in adults based on etiology and severity indicators. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 12(11), pp. 1865–1870.

6. Penatalaksanaan

Penanganan pasien dengan *colic abdomen* terbagi menjadi secara farmakologis dan non-farmakologis (Narang, 2021)

a. Farmakologis

- 1) Pemberian obat-obatan meliputi antibiotik seperti ciprofloxacin untuk meredakan nyeri yang dialami pasien, anasid untuk menurunkan asam lambung, dan obat antihistamine untuk menurunkan efek histamine dalam tubuh.
- 2) Terapi cairan IV Ringer laktat untuk mengoreksi kekurangan cairan
- 3) Terapi Na + K + komponen darah dan transfusi darah bila diperlukan.
- 4) Dekompresi selang nasoenternal yang panjang dari proksimal usus ke area penyumbatan.
- 5) Prosedur invasif seperti pembedahan jika terjadi keberlanjutan yang buruk pada pasien.

b. Non-farmakologis

- 1) Edukasi pemberian cairan secara berkala
- 2) Pemberian terapi komplementer untuk manajemen nyeri
- 3) Hiperalimentasi untuk mengoreksi defisiensi protein karena obstruksi kronik, ileus paralitik atau infeksi.
- 4) Reseksi dengan anastomosis dari ujung ke ujung

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Mannana et al., 2021) pada penegakan diagnosis *colic abdomen* diperlukan beberapa pemeriksaan meliputi:

a. Pemeriksaan fisik

Aspek yang diperiksa meliputi TTV pasien dan palpasi pada abdomen, biasanya pada pasien akan ditemukan nyeri tekan dan *rebound tenderness*.

b. Pemeriksaan Laboratorium

Jenis pemeriksaan yang dilakukan berupa pemeriksaan leukosit dan HB. Pada pemeriksaan ini leukosit meningkat rentang 10.000 – hingga 18.000 /mm³, kemudian neutrofil meningkat 75%, dan WBC meningkat sampai 20.000 mungkin indikasi terjadinya perforasi (jumlah sel darah merah).

c. Pemeriksaan Radiologi

1) CT-Scan Abdomen: untuk melihat apakah ada gas, cairan di dalam usus.

2) USG abdomen

USG abdomen merupakan prosedur diagnostik yang penting bagi pasien dengan kolik abdomen dan menjadi pemeriksaan yang paling efektif dan non-invasif untuk penegakan diagnosis yang cepat, khususnya dalam kasus kegawatdaruratan bedah. Pemeriksaan ini adalah untuk mengetahui pembengkakan atau inflamasi pada usus yang menjadi penyebab kolik abdomen.

D. Publikasi Terkait

Tabel 4.3

Publikasi terkait

No	Judul	Penulis	Tahun	Hasil
1.	Asuhan Keperawatan Pasien Abdominal Pain Dengan Kolik Abdomen Dalam Penuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman	1. Dova Maryana 2. Anissa Cindy Nurul Afni	2021	Pengkajian yang diperoleh pasien mengatakan nyeri perut pada bagian kiri bawah seperti ditusuk-tusuk. P: nyeri terjadi karena pasien sering mengonsumsi makanan yang dapat memicu kolik abdomen seperti makan sayur kol, kacang-kacangan, mengonsumsi kopi teh setiap hari tidak diimbangi dengan minum air putih, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: lokasi nyeri pada perut bagian bawah (kuadran 4), S: skala 5 (sedang), T: hilang timbul. Diagnosa yang ditegakkan pada kasus ini adalah nyeri akut

				berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Intervensi yang direncanakan berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi <i>autogenic</i>). Implementasi pada studi kasus ini mengajarkan relaksasi non farmakologi yaitu teknik <i>autogenic</i> . Untuk evaluasi hasil dari pemberian relaksasi <i>autogenic</i> selama 20 menit skala nyeri pada pasien kolik abdomen turun awalnya skala 5 menjadi skala 4 setelah diberikan relaksasi <i>autogenic</i>
2.	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Akut Abdomen Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman Di IGD RSUD Salatiga	1. Novia Indah Pratiwi 2. Annisa Cindy Nurul Afni, S.Kep.,NS.,M.Kep 3. Deoni Vioneery, S.Kep., Ns., M.Kep	2020	Pengkajian didapatkan data pasien mengatakan nyeri ulu hati, mual dan nafsu makan turun P: nyeri karena mual, Q: nyeri tertusuk, R: pada ulu hati, S: skala 4, T: nyeri hilang timbul dan saat ditekan. TD: 118/74 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, SPO2: 98%. Diagnose keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Intervensi yang telah disusun yaitu berikan teknik non farmakologi (relaksasi benson). Implementasi yang telah dilakukan yaitu mengajarkan teknik relaksasi benson. Untuk evaluasi setelah dilakukan pemberian teknik relaksasi benson pada pasien abdominal pain diperoleh adanya penurunan skala nyeri dari skala 4 menjadi skala 3
3.	Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Pasien Gastritis	1. Tuti Elyta 2. Miming Oxyandi 3. Reginta Ayu Cahyani	2021	Pada studi kasus ini terdapat dua pasien. pengkajian pasien 1 didapatkan hasil: mengeluh nyeri di ulu hati, mual muntah, nafsu makan berkurang sudah 3 hari yang lalu, skala nyeri 5. Untuk pengkajian

				pasien 2 didapatkan hasil: mengeluh nyeri di ulu hati memberat, mual muntah nafsu makan berkurang, demam sudah 1 hari yang lalu, skala nyeri 6. Diagnose yang ditegakkan pada studi kasus ini, pada pasien 1 nyeri akut, gangguan pola tidur dan defisit nutrisi. Sedangkan pada pasien 2 nyeri akut, termoregulasi tidak efektif, dan defisit nutrisi. Pada studi kasus ini pelaksanaan masalah keperawatan hanya berfokus pada satu masalah keperawatan yaitu masalah nyeri akut. Intervensi pada pasien 1 dan 2 yaitu berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam). Implementasi sesuai dengan intervensi peenerapan teknik relaksasi nafas dalam dan untuk evaluasi nya pada pasien 1 sebelum dilakukan implementasi dengan skala nyeri 5, setelah dilakukan implemtasi nyeri teratasi. Sedangkan pada pasien 2 sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan skala nyeri 6 setelah dilakukan implementasi skala nyeri 2 teratasi Sebagian, dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.
--	--	--	--	---