

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar**

##### **1. Kolik Abdomen**

###### **a. Pengertian**

Kolik Abdomen adalah suatu keadaan yang sangat membutuhkan pertolongan secepatnya tetapi tidak begitu berbahaya, karena kondisi penderita yang sangat lemah jadi penderita sangat memerlukan pertolongan dengan segera (Yusriana Putri Pratama, 2022).

###### **b. Etiologi**

Ada beberapa penyebab sehingga terjadi penyakit kolik abdomen, yaitu :

###### **1) Secara mekanis**

- a) Adhesi (pertumbuhan bersatu bagian-bagian tubuh yang berdekatan karena radang).

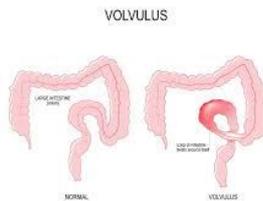
Perlengketan atau adhesi dari traktus intestinal usus menjadi melekat pada area yang sembuh secara lambat atau paska jaringan parut setelah pembedahan abdomen, atau akibat infeksi dari perut baik spesifik karena kuman TBC atau akibat peradangan usus buntu dan rongga dalam lainnya, awalnya omentum akan menempel, namun akhirnya akan mengganggu usus lainnya

b) Karsinoma.

Kanker kolon adalah suatu bentuk keganasan dari masa abnormal atau neoplasma yang muncul dari jaringan epithelial dari *colon*.



c) Volvulus (penyumbatan isi usus karena terbelitnya sebagian usus di dalam usus).



d) Obstipasi (konstipasi yang tidak terobati).

e) Polip (perubahan pada mukosa hidung).

f) Striktur (penyumbatan yang abnormal pada duktus atau saluran).

2) Secara fungsional

a) Ileus paralitik (keadaan abdomen)

b) Akut berupa kembung distensi usus tidak dapat bergerak).

c) Lesi medula spinalis (suatu kerusakan fungsi neurologis yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas).

d) Enteritis regional.

- e) Ketidakseimbangan elektrolit
- f) Uremia (kondisi yang terkait dengan penumpukan urea dalam darah karena ginjal tidak bekerja secara efektif) (Yunita, 2022).

c. Patofisiologi

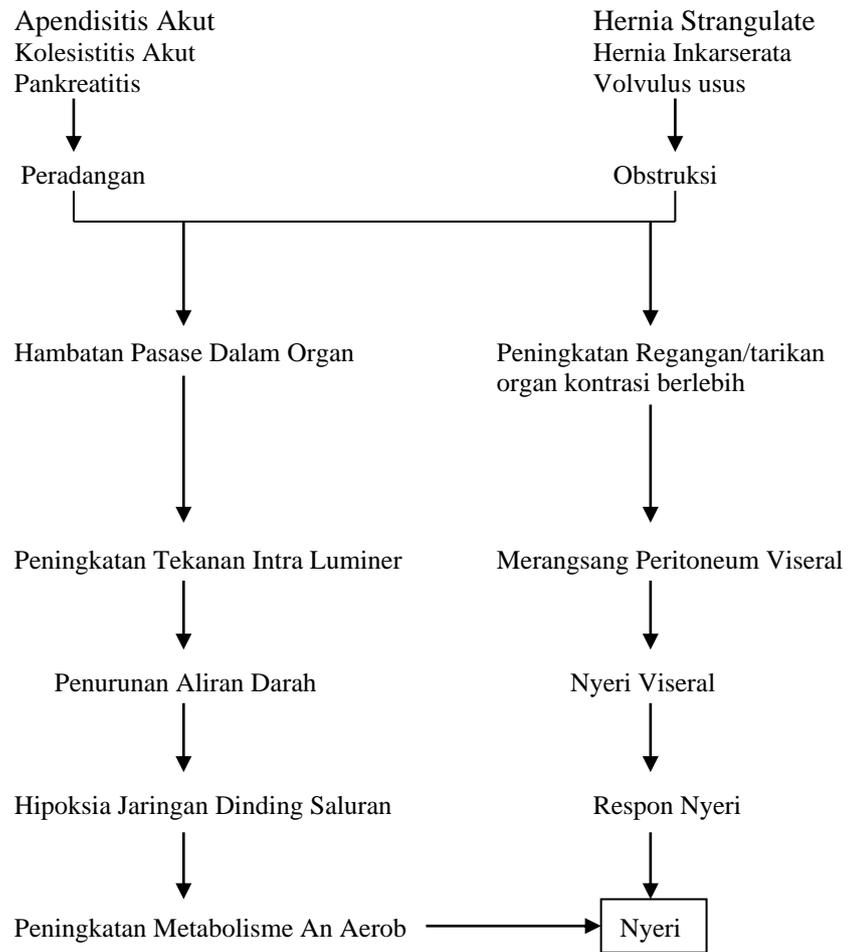
Peristiwa patofisiologi yang terjadi setelah obstruksi usus adalah sama, tanpa memandang apakah obstruksi usus tersebut diakibatkan oleh penyebab mekanik atau fungsional. Perbedaan utamanya adalah obstruksi paralitik, paralitik dihambat dari permulaan, sedangkan pada obstruksi mekanis peristaltik mula-mula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

Limen usus yang tersumbat profesif akan terenggang oleh cairan dan gas. Akumulasi gas dan cairan didalam lumen usus sebelah proksimal dari letak obstruksi mengakibatkan distensi dan kehilangan H<sub>2</sub>O dan elektrolit dengan penigkatan distensi maka tekanan intralumen meningkat, menyebabkan penurunan tekanan vena dan kapiler arteri sehingga terjadi iskemia dinding usus dan kehilangan cairan menuju ruang peritonium akibatnya terjadi pelepasan bakteri dan toksin dari usus, bakteri yang berlangsung cepat menimbulkan peritonitis septik ketika terjadi kehilangan cairan yang akut maka kemungkinan terjadi syok hipovolemik. Keterlambatan dalam melakukan pembedahan atau jika terjadi strangulasi akan menyebabkan kematian.

Ileus obstruktif merupakan penyumbatan intestinal mekanik yang terjadi karena adanya daya mekanik yang bekerja atau mempengaruhi dinding usus sehingga menyebabkan penyempitan/penyumbatan lumen usus. Hal tersebut menyebabkan pasase lumen usus terganggu. Akan terjadi pengumpulan isi lumen usus yang berupa gas dan cairan, pada bagian proximal tempat penyumbatan, yang menyebabkan pelebaran dinding usus (distensi).

Sumbatan usus dan distensi usus menyebabkan rangsangan terjadinya hipersekresi kelenjar pencernaan. Dengan demikian akumulasi cairan dan gas makin bertambah yang menyebabkan distensi usus tidak hanya pada tempat sumbatan tetapi juga dapat mengenai seluruh panjang usus sebelah proximal sumbatan. Sumbatan ini menyebabkan gerakan usus yang meningkat (hiperperistaltik) sebagai usaha alamiah. Sebaliknya juga terjadi gerakan anti peristaltik. Hal ini menyebabkan terjadinya kolik abdomen. (Yunita, 2022)

d. Pathway



e. Manifestasi klinis

1) Mekanika sederhana - usus halus atas.

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

2) Mekanika sederhana – usus halus bawah

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

3) Mekanika sederhana – kolon

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

4) Obstruksi mekanik parsial

Dapat terjadi bersama granulomatosa usus pada penyakit Crohn. Gejalanya kram nyeri abdomen, distensi ringan dan diare.

5) Strangulasi

Gejala berkembang dengan cepat; nyeri parah, terus menerus dan terlokalisir; distensi sedang; muntah persisten; biasanya bising usus menurun dan nyeri tekan terlokalisir hebat. Feses atau vomitus menjadi berwarna gelap atau berdarah atau mengandung darah samar. (Nening, 2021)

f. Klasifikasi

- 1) Kolik abdomen visceral adalah berasal dari organ dalam, visceral di mana intervasi berasal dari saraf memiliki respon terutama terhadap distensi dan kontraksi otot, bukan karena iritasi lokal, robekan atau luka karakteristik nyeri visceral diantaranya sulit terlokalisir, tumpul, samar, dan cenderung beralih ke area dengan struktur embrional yang sama.
- 2) Kolik abdomen alih adalah nyeri yang dirasakan jauh dari sumber nyeri akibat perjalanan serabut saraf. (Yunita, 2022)

g. Pemeriksaan penunjang

- 1) Pemeriksaan fisik: Tanda-tanda vital
- 2) Pemeriksaan abdomen: lokasi nyeri
- 3) Pemeriksaan rektal
- 4) Laboratorium: leukosit, HB
- 5) Sinar X abdomen menunjukkan gas atau cairan didalam usus.
- 6) Barium enema menunjukkan kolon yang terdistensi, berisi udara atau lipatan sigmen yang tertutup.
- 7) 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.
- 8) Arteri gas darah dapat mengindikasikan asidosis atau alkalosis metabolik (Yusriana Putri Pratama, 2022)

#### h. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kolik abdomen secara non farmakologi, yaitu :

- 1) Koreksi ketidak seimbangan cairan dan elektrolit
- 2) Impementasikan pengobatannya untuk syok dan peritonitis.
- 3) Hiperalimentasi untuk mengkoreksi defisiensi 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 mendekompresi usus yang dilakukan sebagai prosedur kedua.(Windy Octaviany Siallagan, 2019)

## 2. Nyeri

### a. Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti di tusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Intan Vradilla Cindy, 2020).

### b. Fisiologis

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral,

eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri :

- 1) Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.
- 2) Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.
- 3) Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif

juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.

- 4) Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen. (Pratiwi Novira, 2021)

c. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasinya dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis.

- a. Nyeri Akut Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan ukuran intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Nyeri akut dapat

dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.

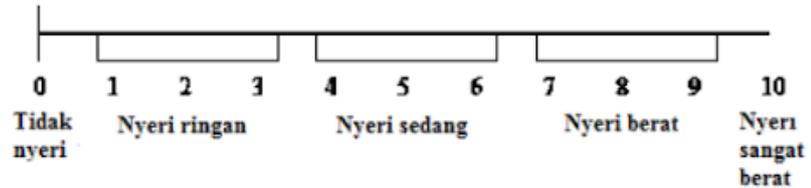
- b. Nyeri Kronik Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Manifestasi klinis yang tampak pada nyeri kronis sangat berbeda dengan yang diperlihatkan oleh nyeri akut. Dalam pemeriksaan tanda-tanda vital, sering kali didapatkan masih dalam batas normal dan tidak disertai dilatasi pupil. Manifestasi yang biasanya muncul berhubungan dengan respon psikososial seperti rasa keputusasaan, kelesuan, penurunan libido, penurunan berat badan, perilaku menarik diri, iritabel, mudah tersinggung, marah dan tidak tertarik pada aktivitas fisik. Secara verbal klien mungkin akan melaporkan adanya ketidaknyamanan, kelemahan dan kelelahan. (Rizqi Supriyadi, 2019)

d. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Berikut adalah beberapa pengukuran intensitas nyeri:

1) Verbal Descriptor Scale (VDS)

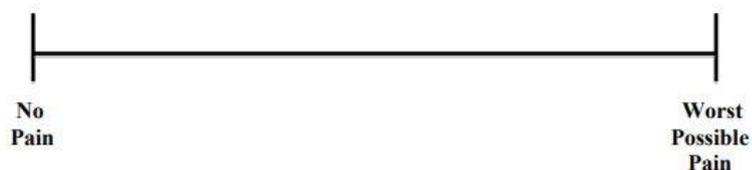
Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor scale, VDS) merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Pendeskripsian VDS diranking dari "tidak nyeri" sampai "nyeri yang tidak tertahankan".



Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Alat ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.

2) Visual Analogue Scale (VAS)

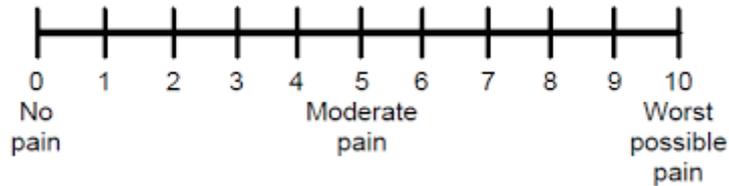
VAS merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus. Skala analog visual ( Visual Analog Scale) merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsian verbal pada setiap ujungnya.



3) Numeric Rating Scale (NRS)

Skala penilaian numerik (Numerical rating scale, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam

hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi.



Menurut Skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.

1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.

4-6 : rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang.

7-10 : rasa nyeri sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat.

#### 4) Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Skala ini terdiri atas enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum untuk menandai tidak adanya rasa nyeri yang dirasakan, kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan yang berarti skala nyeri yang dirasakan sangat nyeri.

					
0 tidak sakit	2 Sedikit sakit	4 Agak mengganggu	6 Mengganggu aktivitas	8 Sangat mengganggu	10 Tak tertahankan

Skala nyeri tersebut Banyak digunakan pada pasien pediatrik dengan kesulitan atau keterbatasan verbal. Dijelaskan kepada pasien mengenai perubahan mimik wajah sesuai rasa nyeri dan pasien memilih sesuai rasa nyeri yang dirasakannya. (Pratiwi Novira, 2021)

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri, yaitu :

1) Usia

Persepsi nyeri dipengaruhi oleh usia, yaitu semakin bertambah usia maka semakin mentoleransi rasa nyeri yang timbul, kemampuan untuk memahami dan mengontrol nyeri kerap kali berkembang dengan bertambahnya usia

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor penting dalam merespons adanya nyeri. Umumnya tidak ada perbedaan yang signifikan antara laki-laki dalam merespon nyeri tetapi pada anak perempuan lebih cenderung menangis bila mengalami nyeri dibandingkan anak laki-laki.

3) Lingkungan

Lingkungan akan mempengaruhi persepsi nyeri, lingkungan yang ribut dan terang dapat meningkatkan intensitas nyeri.

4) Keadaan umum

Kondisi fisik yang menurun, misalnya kelelahan dan kurangnya asupan nutrisi dapat meningkatkan intensitas nyeri yang

dirasakan klien. Begitu juga rasa haus, dehidrasi dan lapar akan meningkatkan persepsi nyeri

5) Endorfin

Tingkatan endorphin berbeda-beda antara satu orang dan yang lainnya. Hal inilah yang sering menyebabkan rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang berbeda dengan yang lainnya.

6) Situasional

Pengalaman nyeri klien pada situasi formal akan terasa lebih besar dari pada saat sendirian. Persepsi nyeri juga dipengaruhi oleh trauma jaringan.

7) Status emosi

Status emosional sangat memegang peranan penting dalam persepsi rasa nyeri karena akan meningkatkan persepsi dan membuat impuls rasa nyeri lebih cepat disampaikan. Adapun status emosi yang sangat mempengaruhi persepsi rasa nyeri pada individual antara lain: kecemasan, ketakutan dan kekhawatiran.

8) Pengalaman yang lalu

Adanya pengalaman nyeri sebelumnya akan mempengaruhi respons nyeri pada klien. Contohnya, pada wanita yang mengalami kesulitan, kecemasan dan nyeri pada persalinan sebelumnya akan meningkatkan respons nyeri. (Rizqi Supriyadi, 2019)

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan nyeri terbagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Pendekatan farmakologis Tatalaksana farmakologi yaitu pendekatan kolaborasi antara dokter dengan perawat yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri.
- 2) Pendekatan Non farmakologis Tatalaksana non farmakologi dilakukan untuk mendukung terapi farmakologi. Hal-hal yang dapat dilakukan adalah pendekatan psikologis (terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi fisis, atau pendekatan bedah. (Marini Aprilia, 2020)

3. Teknik Relaksasi Nafas Dalam

a. Pengertian

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu teknik yang digunakan untuk menurunkan tingkat stress dan nyeri kronis. Teknik relaksasi nafas dalam memungkinkan pasien mengendalikan respons tubuhnya terhadap ketegangan dan kecemasan. Teknik relaksasi nafas dalam dilakukan dapat menurunkan konsumsi oksigen, metabolisme, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, tegangan otot dan tekanan darah (Yanti Anggraini, 2020).

b. Patofisiologi Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik pada sistem saraf otonom. Relaksasi melibatkan otot dan respirasi serta tidak membutuhkan

alat lain sehingga mudah untuk dilakukan kapan saja. Prinsip yang mendasari penurunan oleh teknik relaksasi terletak pada fisiologi sistem saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem saraf perifer yang mempertahankan homeostatis lingkungan interval individu. Pada saat terjadi pelepasan mediator kimia seperti bradikinin, prostaglandin dan substansi P yang akan merangsang saraf simpatis sehingga menyebabkan saraf simpatis mengalami vasokonstriksi yang akhirnya meningkatkan tonus otot yang menimbulkan berbagai efek spasme otot yang akhirnya menekan pembuluh darah. Mengurangi aliran darah dan meningkatkan kecepatan metabolisme otot yang menimbulkan pengiriman impuls nyeri dari medulla spinalis ke otak dan dipersepsikan sebagai nyeri.

c. Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam

- 1) Pasien mendapatkan perasaan yang tenang dan nyaman
- 2) Mengurangi rasa nyeri
- 3) Pasien tidak mengalami stress
- 4) Melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri
- 5) Mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri
- 6) Relaksasi nafas dalam mempunyai efek distraksi atau pengalihan perhatian (Erina Kurniawati, 2019)

d. Prosedur Tindakan Terapi Relaksasi Nafas Dalam

Langkah-Langkah teknik terapi relaksasi nafas dalam sebagai berikut:

- 1) Ciptakan lingkungan yang tenang
- 2) Usahakan tetap rileks dan tenang.
- 3) Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan.
- 4) Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks.
- 5) Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali.
- 6) Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.
- 7) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks.
- 8) Usahakan agar tetap konsentrasi.
- 9) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga benar-benar rileks.
- 10) Ulangi selama 15 menit, dan selingi istirahat singkat setiap 5 kali pernafasan.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Masalah Kolik Abdomen**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan Pasien. (Yusriana Putri Pratama, 2022).

a. Biodata Pasien yang penting meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku dan gaya hidup.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan Pasien pada saat dikaji. Pada umumnya akan ditemukan Pasien merasakan nyeri pada Abdomennya biasanya terus menerus, demam, Abdomen tegang dan kaku.

2) Riwayat kesehatan sekarang

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

P : Apa yang menyebabkan timbulnya keluhan.

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

R : Di daerah mana gejala dirasakan

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

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

3) Riwayat kesehatan masa lalu

Perlu dikaji apakah Pasien pernah menderita penyakit yang sama, riwayat ketergantungan terhadap makanan/minuman, zat dan obat- obatan.

4) Riwayat kesehatan keluarga

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

c. Pemeriksaan fisik

Kedadaan umum: Lemah, kesadaran menurun sampai syok hipovolemik, S : 39°C, RR : 24x/mnt, N : 110x/mnt, TD : 130/90 mmHg

1) Aktivitas/istirahat

Gejala : Kelelahan dan ngantuk.

Tanda : Kesulitan ambulasi

2) Sirkulasi

Gejala : Takikardia, pucat, hipotensi ( tanda syok)

3) Eliminasi

Gejala : Distensi Abdomen, ketidakmampuan defekasi dan Flatus

Tanda : Perubahan warna urine dan feces

4) Makanan/cairan

Gejala : anoreksia, mual/muntah dan hausterusmenerus.

Tanda : muntah berwarna hitam dan fekal. Membran mukosa pecah-pecah. Kulit buruk.

5) Nyeri/Kenyamanan

Gejala : Nyeri Abdomen terasa seperti gelombang dan bersifat kolik.

Tanda : Distensi Abdomen dan nyeri tekan

6) Pernapasan

Gejala : Peningkatan frekuensi pernafasan,

Tanda : Napas pendek dan dangkal

7) Diagnostik Test

a) Pemeriksaan sinar X: akan menunjukkan kuantitas abnormal dari gas dan cairan dalam usus.

b) Pemeriksaan simtologi

c) Hb dan PCV: meningkat akibat dehidrasi

d) Leukosit: normal atau sedikit meningkat

e) Ureum dan eletrolit: ureum meningkat, Na<sup>+</sup> dan Cl<sup>-</sup> rendah

f) Rontgen toraks: diafragma meninggi akibat distensi Abdomen

g) Rontgen Abdomen dalam posisi telentang: mencari penyebab (batu empedu, volvulus, hernia)

h) Sigmoidoskopi: menunjukkan tempat obstruktif. (Yusriana Putri Pratama, 2022)

2. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

### 3. Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri dari meningkat menjadi cukup menurun</li> <li>b. Meringis dari meningkat menjadi cukup menurun</li> <li>c. Sikap protektif dari cukup meningkat menjadi menurun</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi fakto yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>c. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>

#### 4. Implementasi Keperawatan

Setelah melakukan intervensi keperawatan, tahap selanjutnya adalah mencatat intervensi yang telah dilakukan dan evaluasi respons klien. Hal ini dilakukan karena pencatatan akan lebih akurat bila dilakukan saat intervensi masih segar dalam ingatan. Tulislah apa yang diobservasi dan apa yang dilakukan (Deswani, 2009).

Implementasi yang merupakan kategori dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Nening, 2021).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP (subyektif, objektif, analisa dan perencanaan)

- S : Hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga dan klien secara subyektif setelah dilakukan intervensi
- O : Hal-hal yang dilihat oleh perawat setelah dilakukan intervensi
- A : Analisa dari hasil yang telah tercapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosa keperawatan
- P : Perencanaan yang akan mendatang setelah melihat respon dari klien dan keluarga pada tahap evaluasi keperawatan