

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kolik Abdomen

2.1.1 Defenisi

Kolik Abdomen adalah keadaan nyeri pada perut yang di kategorikan sebagai nyeri *visceral*, *parietal*. Dalam system pencernaan terdapat reseptor *visceral* dan *parietal*. Reseptor *visceral* berada di seluruh abdomen sedangkan untuk *parietal* reseptornya terletak di *peritoneum*. iritasi somatik (Sheehy, 2017) Nyeri *visceral* adalah nyeri yang berasal dari dalam organ abdomen dan dari lapisan dinding perut yang terasa tumpul, tidak dapat menunjukkan lokasi yg tepat nyeri *parietal* adalah nyeri yang dirasakan berupa tajam, seperti tertusuk pisau dan bertahan, batuk dan pergerakan pada abdomen yang terasa tajam, lokasi jelas, menetap seperti pada peradangan peritoneum (Robubun 2023).

Kolik 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, Menurut (Sapitry *et all*, 2021). Kolik 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 (Griffiths & Glancy, 2020). Kolik abdomen sering terjadi pada orang dewasa dengan nyeri

pada abdomen yang traumatic yang disebabkan radang usus dan obstruksi usus (Rivka, 2022)

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

2.1.2 Anatomi Kolik Abdomen

Gaster terletak melintang dari kiri ke kanan melintasi abdomen bagian atas antara hati dan diafragma. Dalam keadaan kosong gaster berbentuk J gaster akan berakhir pada pylorus yang mempunyai sebuah otot spincerer yang berfungsi menutup dan membuka saat pengisian dan pengosongan lambung. Gaster berlanjut kedalam duodenum yang berjalan secara otomatis dan visual sulit dibedakan dan jejunum dan ileum hanya saja panjang duodenum kira-kira 25 cm dan berakhir pada ligament-ligament treltz berupa sebuah ligament yang berjalan dari sisi kanan diafragma dekat dengan *hiafus esopahagus* dan melekat pada perbatasan duodenum dan jejunum sisa dari usus halus adalah jejunum $\frac{3}{4}$ bagian akhir disebut ileum. Secara anatomis jejunum adalah diperut bagian kiri sedangkan ileum bagian kanan (Wati, 2022).

Makanan masuk melalui sphincter pylorium ke duodenum maka sisa makanan akan melalui katub *ileocolic valve*, yang mencegah berbaliknya makanan dari usus besar ke dalam usus halus. Pada ujung caecum terdapat appendix vermiformis. Colon (usus besar) lebih besar dari usus halus yang terdiri dari caecum, colon pars descendens, colon pars ascendens, colon transversum dan rectum, lapisan usus besar terdiri dari tunika submukosa, tunika muskularis, tunika mukosa (Wati, 2022).

2.1.3 Etiologi

Struktur (penyumbatan yang abnormal pada duktus atau saluran)
Adapun yang menjadi penyebab dari kolik abdomen yaitu :

1. Secara mekanis
 - a. Adhesi (pertumbuhan bersatu bagian-bagian tubuh yang berdekatan karena radang).
 - b. Karsinoma.
 - c. Volvulus (penyumbatan isi usus karena terbelitnya sebagian usus di dalam usus).
 - d. Obstipasi (konstipasi yang tidak terobati).
 - e. Struktur (penyumbatan yang abnormal pada duktus atau saluran).
2. Fungsional (non mekanik)
 - a. Ileus paralitik (Keadaan abdomen akut berupa kembung distensi usus tidak dapat bergerak).
 - b. Lesi medula spinalis (Suatu kerusakan fungsi neurologis yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas).

- c. Enteritis regional.
- d. Ketidak seimbangan elektrolit.
- e. Uremia (Kondisi yang terkait dengan penumpukan urea dalam darah karena ginjal tidak bekerja secara efektif) (Carmuyemnu, 2023)

2.1.4 Klasifikasi

- a) Kolik abdomen visceral adalah berasal dari organ dalam, viscelar 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.
- b) Kolik abdomen alih adalah nyeri yang dirasakan jauh dari sumber nyeri akibat perjalanan serabut saraf (Yunita, 2022).

2.1.5 Menifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada pasien dengan kolik abdomen menurut Manurung *et all* (2020) antara lain:

- a. Indikasi Koelitis 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.

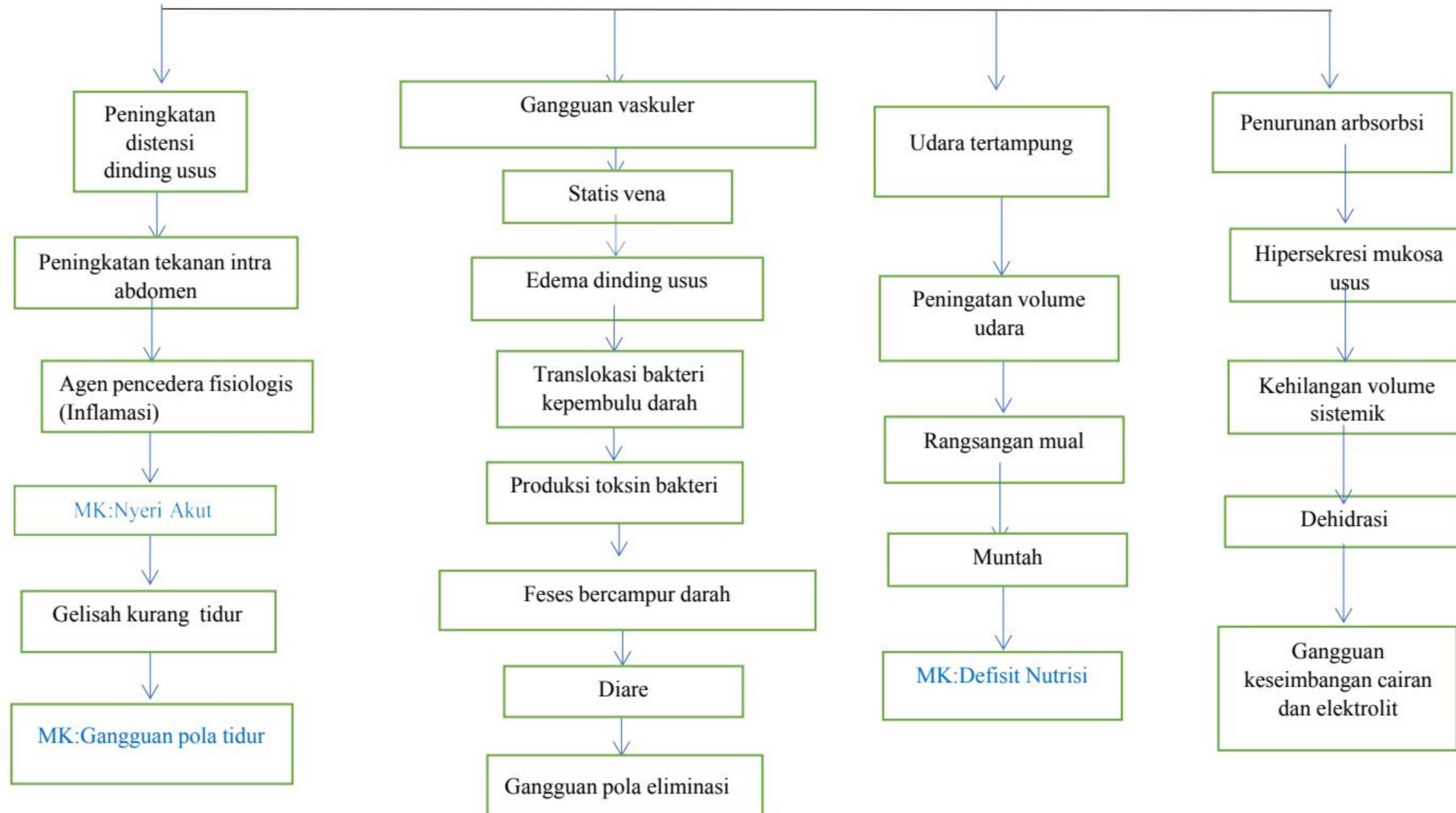
d. Indikasi Apendisitis, pada pasien dengan apendisitis mengalami tanda dan gejala yang paling menonjol yaitu nyeri ulu hati, terasa perih bagian perut, nyeri punggung, perut kembung, gangguan buang air kecil, diare, distensi berat dan ringan, perut terasa panas, kehilangan nafsu makan, dan muntah-muntah.

2.1.6 Patofisiologi Kolik Abdomen

Pada kolik abdomen, dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu peningkatan distensi usus, gangguan vaskuler, udara tertampung dan penurunan absorpsi. Pada bagian peningkatan distensi dinding usus akan membuat peningkatan tekanan intra abdomen sehingga muncullah masalah keperawatan nyeri akut. Dimana pada saat terjadi nyeri akan membuat gelisah dan kurang tidur sehingga muncullah masalah keperawatan gangguan pola tidur. Pada bagian gangguan vaskuler akan terganggu statis vena yang membuat edema di dinding usus sehingga terjadi translokasi bakteri ke pembuluh darah yang membuat produksi toksin bakteri dimana feses akan bercampur darah sehingga terjadi diare yang membuat gangguan pola eliminasi. Pada bagian udara tertampung akan terjadi peningkatan volume udara yang membuat terjadinya rangsangan mual dan muntah sehingga timbullah masalah keperawatan defisit nutrisi. Pada bagian penurunan absorpsi akan terjadi hipersekresi mukosa usus yang membuat kehilangan volume sistemik yang membuat dehidrasi dan timbullah masalah keperawatan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.

2.1.7 PATHWAY KOLIK ABDOMEN

KOLIK ABDOMEN



2.1.8 Penatalaksanaan

Penanganan pasien dengan Kolik abdomen terbagi menjadi secara farmakologis dan non-farmakologis (Ketut, 2023)

a. Farmakologis

- 1) Pemberian obat-obatan meliputi antibiotik seperti ciprofloxacin untuk meredakan nyeri yang dialami pasien, anatasid 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.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Ketut (2023) pada penegakan diagnosis kolik 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.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Defenisi Nyeri

Nyeri adalah 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 (PPNI SDKI 2017).

Nyeri akut adalah pengalaman yang kompleks untuk pasien. The international association for the study of pain mendefinisikan nyeri itu adalah –pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan actual atau potensial, atau kerusakan semisal itu. McCaffery dan Beebe mendefinisikan nyeri sebagai apapun yang dikatakan oleh orang yang mengalami nyeri. Nyeri adalah pengalaman pengalaman tersebut bersifat subjektif dan setiap orang mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda (Sheehy, 2017).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis.

- c. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi enam bulan, serta ditandai dengan adanya peningkatan tegangan otot.
- d. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri

terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis (Musrifatul, 2016).

2.2.3 Pengkajian Nyeri

Pengkajian nyeri pasien dimulai pada saat pasien tiba di IGD dan berlanjut selama pasien di IGD, frekuensi pengkajian ulang ditentukan oleh kondisi pasien dan intervensi yang diberikan untuk menghilangkan nyeri. Setiap pasien yang datang ke IGD harus dilakukan pengkajian nyeri dan intensitasnya, terlepas dari keluhan utama dan alasan pasien datang ke IGD. Akronim PQRST adalah parameter yang harus dikaji.

Tanda-tanda bahwa pasien mengalami nyeri hebat: (Musrifatul, 2016).

1. Onset/timbul mendadak
2. Nyeri hebat saat onset
3. Pasien terbangun dari tidur Perubahan tanda-tanda vital.
4. Menggambarkan nyeri seperti perasaan diremas, terus- menerus, tertekan, terbakar

Tabel 2.1 Akronim PQRST

P	Palliative or faktor (faktor pencetus)
Q	Quality of pain (kualitas)
R	Region and radation of the pain (lokasi dan penyebaran nyeri)
S	Subject description of pain (use pain rating scale) menjelaskan subjek nyeri/gunakan skala nyeri
T	Temporal nature of the pain (karakteristik nyeri)

a . Jenis-jenis Nyeri

Ada 2 kategori nyeri yaitu akut dan kronis, yang dapat dibagi menjadi 3 jenis : somatic, viseral dan neuropatik (Sheehy, 2017)

Tabel 2.2 jenis jenis nyeri

Jenis nyeri	Lokasi	Karakteristik
Somatic	Kulit dan jaringan subkutan Tulang, otot, pembuluh darah, dan jaringan	Terlokasi Konstan
Visceral	Organ dan lapisan rongga tubuh	Tidak terlokalisasi Menyebar
Neuropatik	System saraf pusat dan perifer	Tidak terlokalisasi Teretembak, terbakar, tajam, mati rasa, kesemutan

b. Alat mengukur Nyeri

Alat pengkajian nyeri adalah mengkaji nyeri memberikan informasi pengalaman subjektif dengan menggambarkan tingkat keparahan nyeri dan memungkinkan perawat gawat darurat untuk mendokumentasikan level nyeri dan membandingkan level tersebut dari waktu ke waktu. Alat pengkajian nyeri yang paling reliable adalah berdasarkan laporan verbal dari pasien.

Alat mengukur skala nyeri:

1. *NRS (Numeric Rating Scale)*: cara mengkaji nyeri secara subjektif yang sering digunakan. Metode yang digunakan adalah angka 0-10, dengan menggunakan NRS kita dapat menentukan tingkat/derajat nyeri pasien dimana 0 (tidak ada nyeri), 1-4 (nyeri ringan), 5-6 (nyeri sedang), 7-10 (nyeri berat).
2. *VAS (Visual Analog Scale)*: Skala berupa garis lurus yang panjangnya 10 cm, dengan deskripsi pada masing-masing angkanya. <4 (nyeri ringan), 4-7 (nyeri sedang) dan 7-10 (nyeri berat).
3. *Wong-Baker Faces Pain Scale*: Instrumen pengkajian nyeri ini biasanya digunakan pada pasien anak-anak kurang dari 12 tahun. Pengkajian nyeri dipusatkan pada ekspresi wajah yang terdiri dari enam animasi wajah, dari ekspresi tersenyum, kurang bahagia, sedih, dan wajah penuh air mata (rasa sakit yang paling buruk).
4. *Nonverbal Adult Pain Scale (NVPS)*: Instrumen ini dapat digunakan pada pasien dewasa yang mengalami penurunan kesadaran (terintubasi dan tersedasi). NVPS terdiri dari 3 indikator perilaku dan fisiologi (tekanan darah, denyut jantung, respiratory rate, kulit). Perhatikan gambar di bawah untuk memahami bagaimana penilaian nyeri dengan NVPS.
5. *Flacc Scale*: Pengkajian nyeri yang terdiri dari item wajah, kaki, aktivitas, tangisan, dan kenyamanan. Instrumen ini dapat digunakan pada orang dewasa yang mengalami gangguan komunikasi verbal.

Hasil FLACC dapat ditentukan dengan skor 0 (nyaman), 1-3 (ringan), 4-6 (sedang) dan 7-10 (berat).

6. *Comfort Scale*: Instrumen ini sangat cocok digunakan dalam mengkaji tingkat distress psikologis pada pasien kritis anak-anak di bawah usia 18 tahun dan juga pada pasien dewasa yang terpasang ventilator. *Comfort scale* terdiri dari 8 item indikator penilaian yakni kewaspadaan, ketenangan, respon pernapasan, gerakan fisik, ketegangan wajah, gerakan otot, tekanan darah dan denyut nadi. Hasil penilaian terdiri dari 1-5, dimana 1 merupakan tidak berespon dan 5 paling tidak nyaman.
7. *Behavior Pain Scale (BPS)* adalah instrumen pengkajian nyeri pada pasien kritis. *BPS* terdiri dari tiga item penilaian yakni ekspresi wajah, pergerakan bibir atas dan komplians terhadap ventilator. Setiap item tersebut memiliki 1-4 skor. Jika ditemukan hasil <3 menandakan tidak nyeri, sementara jika skor 12 (sangat nyeri).
8. *Cries Scale*: Pengkajian nyeri dengan melihat adanya tangisan, oksigenasi, vital signs, ekspresi wajah dan tidur (sleepless).
9. *Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)* merupakan instrumen pengkajian nyeri yang terdiri dari 4 item penilaian yakni ekspresi wajah, pergerakan badan, tegangan otot dan keteraturan dengan ventilator (pasien terintubasi) dan tidak terintubasi. Total skor *CPOT* adalah 8 (semakin tinggi skor yang didapat mengindikasikan tingkat nyeri yang dialami pasien).

Skala ukur nyeri yang penulis gunakan untuk menentukan intensitas nyeri pada klien adalah Numeric Rating Scale (NRS). Karena skala pengukuran Numeric Rating Scale adalah skala ukur yang paling umum digunakan adalah garis horizontal dengan renteng numerik sebelas titik, Metode yang digunakan adalah angka 0-10, dengan menggunakan NRS kita dapat menentukan tingkat/derajat nyeri pasien dimana 0 (tidak ada nyeri), 1-4 (nyeri ringan), 5-6 (nyeri sedang), 7-10 (nyeri berat) (Tharra, 2022)

Instrumen ini membagi skor nyeri menjadi empat tingkatan yaitu:

- a. Tidak ada nyeri : skala 0
- b. Nyeri ringan : skala 1-3
- c. Nyeri sedang : skala 4-6
- d. Nyeri berat : skala 7-9
- e. Nyeri tidak terkontrol : skala 10



Gambar: 2.2 Numeric Rating Scale

2.2.4 Etiologi nyeri

1. Agen pencedera fisiologis (misalnya, Inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (misalnya, Terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik, (misalnya, Abses, amputasi terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) di kutip dari buku (PPNI SDKI, 2017).

2.2.5 Manifestasi klinis nyeri

Menurut (SDKI DPP PPNI, 2017), data mayor dan data minor pada Nyeri akut antara lain:

Tabel 2.3 Tanda dan gejala Nyeri Akut berdasarkan SDKI

Data 1	Subjektif 2	Objektif 3
Mayor	Mengeluh Nyeri	Tampak meringis, bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
Minor	(Tidak tersedia)	Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 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 (Carmuyemnuke, 2023)

1. Biodata Pasien yang penting meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku dan gaya hidup.
2. Keluhan Utama Nyeri pada bagian perut.
3. Riwayat kesehatan sekarang

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

a. Faktor pencetus (P : Provokatif)

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

b. Kualitas (Q : Quality)

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

c. Lokasi (Region)

Dimana saja gejala nyeri dirasakan timbul. Nyeri pada pasien diagnosis kolik abdomen biasanya dirasakan dibagian abdomen/perut

d. Skala (Severity)

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

e. Waktu (T: Time)

Kapan nyeri timbul, seberapa sering nyeri tersebut timbul dan apakah nyeri dirasakan bertahap atau tiba-tiba, pada pasien diagnosis colic abdomen nyeri bisa dirasakan hilang timbul.

4. Riwayat kesehatan masa lalu

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

5. Riwayat kesehatan keluarga

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

6. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum: Lemah, kesadaran menurun sampai syok hipovolemi, tanda-tanda vital meningkat, suhu 39⁰C, pernapasan 24x/mnt, nadi 110x/mnt, tekanan darah 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 haus terus menerus.

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

5. Nyeri/Kenyamanan

Gejala : Nyeri Abdomen terasa seperti gelombang.

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⁺ dan Cl⁻ 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.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia)

2017 Diagnosa dari yang paling prioritas yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
(D.0077)
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
(D.0055)
- c. Defisitit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan
(D.0019)

2.3.3 Intervensi keperawatan

Menurut SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) 2017

dari yang paling prioritas yaitu:

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA	TUJUAN & KH	INTERVENSI
1	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I. 08238):</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik, terapi pijat, aroma terapi, kompres hangat) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa

			<p>nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian Analgetik
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 24 jam diharapkan gangguan pola tidur menurun dengan kriteria hasil (L. 05045): <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 	<p>Dukungan Tidur (I. 05174)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan

		<p>2. Keluhan sering terjaga menurun</p> <p>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</p> <p>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</p> <p>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, makanan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</p> <p>4. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi</p> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan 2. Batasi waktu tidur siang 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat, pengaturan posisi) 4. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau Tindakan untuk menjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3	Defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 24 jam diharapkan Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: (L. 06053) 1. Porsi makanan yang di habiskan meingkat 2. Kekuatan otot mengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Pengetahuan tentang pilihan makanan dan minuman yang sehat meningk 5. Nyeri abdomen menurun 6. Berat badan membaik 7. Frekuensi membaik 8. Nafsu makan membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Obsevasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Monitor asupan makan 6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Teraupetik 1. Lakukan oral hygiene, jika perlu 2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi 1. Anjurkan posisi
---	--------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>duduk, jika mampu</p> <p>2. Ajarkan diet yang di programkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri) jika perlu.</p>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan bagian keempat dari proses keperawatan setelah penyusunan rencana keperawatan. implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien beralih dari masalah kesehatan yang di hadapinya ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Secara teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan proses keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien selalu di dasarkan pada intervensi yang di kembangkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI PPNI, 2017).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

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 (2017) 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:

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