

BAB II

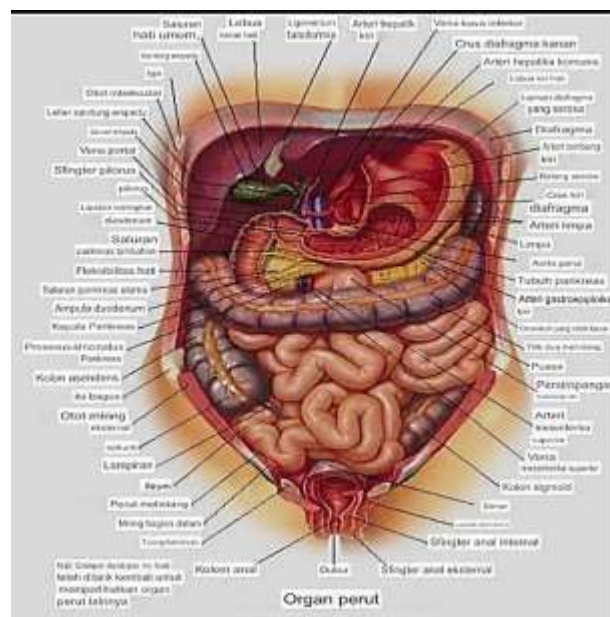
TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kolik Abdomen Definisi Kolic Abdomen

Colic abdomen adalah kondisi medis yang ditandai dengan nyeri perut berulang dan bersifat kram. Nyeri ini berasal dari gangguan pada organ-organ di rongga perut, yang melibatkan kontraksi otot polos abnormal atau obstruksi pada sistem pencernaan, kemih, atau reproduksi (Ayub mamu2021). Istilah "colic" sendiri berasal dari bahasa Latin "colicus", yang berarti "berhubungan dengan usus besar (kolon)." Namun, penyebabnya tidak terbatas pada kolon saja sedangkan abdomen yang berarti perut (Meriam, 2025).

2.1.1 Anatomi Fisiologi

Gambar 2. 1 Abdomen



Anatomi lambung terletak secara melintang dari sisi kiri ke sisi kanan di bagian atas perut antara hati dan diafragma. Dalam keadaan kosong, bentuk lambung menyerupai huruf J dan berakhir di pylorus, yang dilengkapi dengan otot sfingter yang berfungsi untuk membuka dan menutup saat lambung terisi atau kosong.

Lambung kemudian terhubung ke duodenum, yang berlangsung secara otomatis dan tidak mudah dibedakan secara visual, meskipun panjang duodenum sekitar 25 cm dan berakhir pada ligamen Treitz yang membentang dari sisi kanan diafragma dekat dengan hialus esofagus dan melekat pada batas antara duodenum dan jejunum. Remainder dari usus halus adalah jejunum, sedangkan bagian akhir disebut ileum. Secara anatomis, jejunum terletak di sisi kiri perut sedangkan ileum terletak di sisi kanan. Makanan yang masuk melalui sfingter pylorus akan menuju duodenum, kemudian sisa makanan bergerak melalui katup ileocecal, yang mencegah kembalinya makanan dari usus besar ke usus halus. Di ujung caecum terdapat appendix vermiformis.

Usus besar lebih besar dibandingkan usus halus dan terdiri dari caecum, kolon pars descendens, kolon pars ascendens, kolon transversum, dan rektum. Lapisan usus besar terdiri dari tunika, yang mencakup tunika submukosa, tunika muskularis, dan tunika mukosa.

2.1.2 Etiologi

Kolik abdomen adalah kondisi yang menyebabkan rasa sakit di perut yang dapat terjadi karena berbagai alasan. Menurut Abarca (2021), faktor penyebab kolik abdomen dapat dibagi menjadi dua jenis utama, yaitu penyebab mekanis dan penyebab fungsional (non-mekanis). Penyebab mekanis meliputi hal-hal seperti adhesi setelah operasi yang disebabkan oleh peradangan, sehingga jaringan disekitarnya saling terikat; volvulus, yang

merupakan kondisi di mana isi usus terhambat karena usus berputar pada dirinya sendiri; serta obstipasi, yaitu konstipasi yang parah dan tidak ditangani. Di sisi lain, penyebab fungsional mencakup ileus paralitik, yang merupakan keadaan mendesak di mana pergerakan usus berhenti, menyebabkan perut membesar dan kembung; enteritis regional yang menunjukkan adanya radang lokal di usus, seperti pada penyakit Crohn; ketidak seimbangan elektrolit yang terutama berpengaruh pada kontraksi otot polos usus; cedera pada medula spinalis yang disebabkan oleh trauma sehingga mengganggu fungsi saraf; serta uremia, yaitu penumpukan urea di dalam darah akibat penurunan kemampuan ginjal (Abarca, 2021).

Menurut (Abarca, 2021). penyebab mekanis dan penyebab fungsional antara lain:

a. Penyebab Mekanis:

1. Adhesi atau perlengketan pasca bedah, yang terjadi akibat pertumbuhan bagian-bagian tubuh yang berdekatan menjadi menyatu akibat radang.
2. Valveolus, yaitu penyumbatan isi usus yang disebabkan oleh terbelitnya sebagian usus di dalam usus itu sendiri.
3. Obstipasi, yakni konstipasi yang tidak tertangani.

b. Penyebab Fungsional (Non-mekanis):

1. Ileus paralitik, kondisi akut dimana terjadi kembung serta distensi pada usus yang tidak dapat bergerak.
2. Enteritis regional.

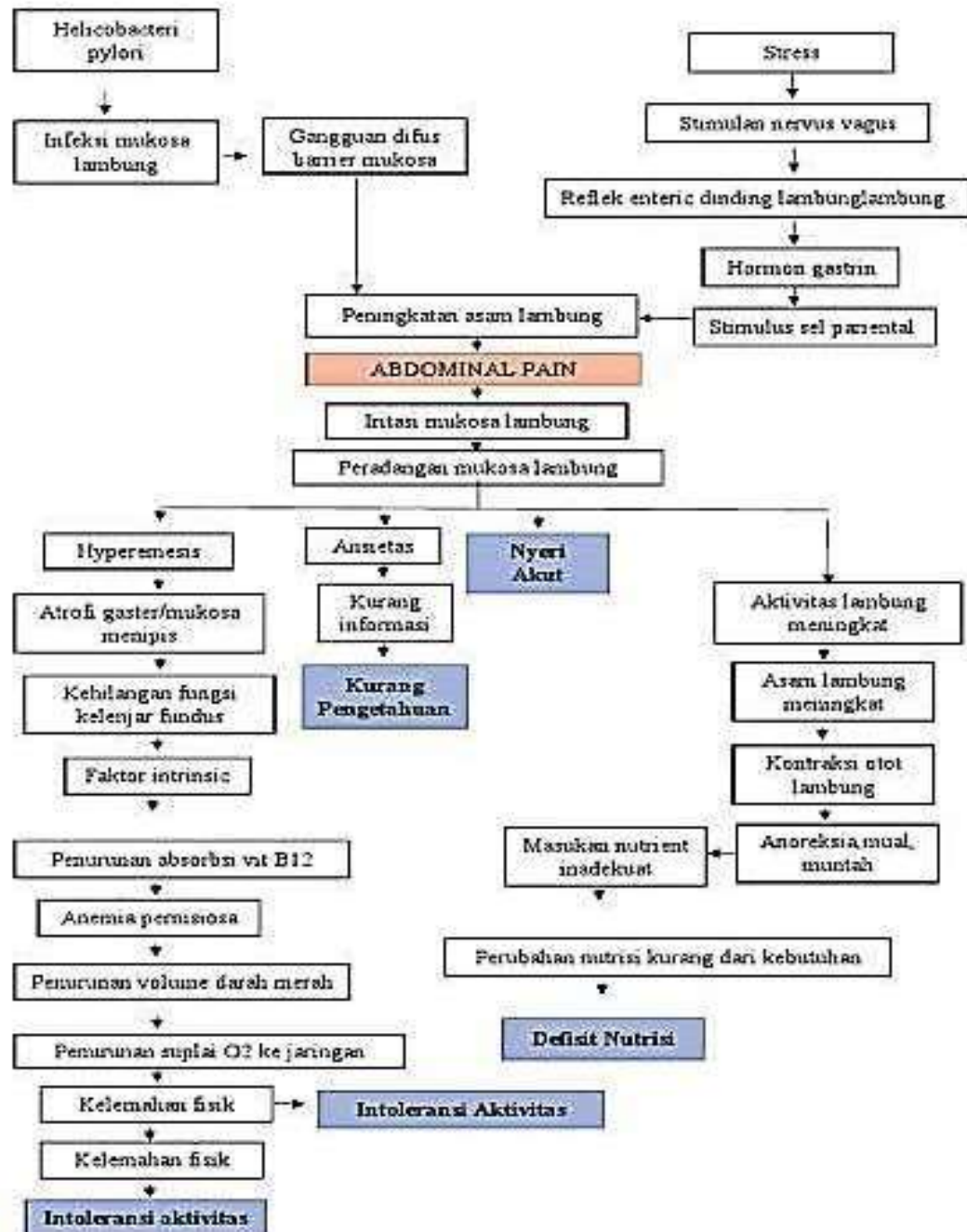
3. Ketidak seimbangan elektrolit.
4. Lesi medula spinalis, yang merupakan kerusakan fungsi neurologis akibat kecelakaan.
5. Uremia, yaitu keadaan di mana terjadi penumpukan urea dalam darah akibat tidak berfungsinya ginjal secara efektif.

2.1.3 Patofisiologi

Kolik Abdomen adalah gangguan pada aliran normal usus disepanjang saluran pencernaan. Nyeri di perut muncul secara berkala dan berasal dari organ-organ yang ada di dalam Abdomen. Penyebab utamanya adalah infeksi pada organ perut (seperti diare, radang kantong empedu, atau radang kandung kemih). Selain itu, sumbatan dari organ perut (seperti batu empedu atau batu ginjal) juga bisa menjadi penyebab (Abarca, 2021; Longo et al., 2019). Akut Abdomen merujuk pada kondisi darurat Abdomen yang timbul akibat nyeri perut yang muncul secara mendadak dan bertahan kurang dari 24 jam. Kolik Abdomen berhubungan dengan nyeri perut dan gejala lain seperti muntah, sembelit, diare, dan gejala gastrointestinal yang spesifik. Nyeri pada Kolik Abdomen mungkin berasal dari organ dalam Abdomen, termasuk nyeri viseral. Nyeri juga bisa berasal dari otot lapisan dinding perut. Lokasi rasa sakit di perut biasanya menunjukkan tempat organ yang menjadi penyebabnya. Meskipun nyeri yang dirasakan kadang berasal dari area lain. Oleh karena itu, lokasi nyeri yang dirasakan bisa jadi merupakan asal dari nyeri tersebut atau merupakan dampak dari area lain (Marx et al., 2014).

2.1.4 Pathway Colicabdomen

Bagan 2. 1 Pathway Colic Abdomen



Sumber : Kusuma Hardi, dan Amin Huda Naratif, 2015

2.1.5 Klasifikasi

- a. Klasifikasi Nyeri Abdomen menurut Griffiths et al. (2019), yaitu:

Menurut Griffiths et al. (2019), nyeri abdomen dapat dibedakan menjadi beberapa jenis utama, yaitu nyeri viseral (berasal dari organ), nyeri parietal (dari peritoneum parietal), dan nyeri alih (*referred pain*) atau nyeri psikogenik.

1. Nyeri Viseral

Nyeri viseral disebabkan oleh kerusakan pada organ internal dan biasanya merupakan gejala pertama yang muncul dalam kasus gangguan abdominal. Ciri khas dari nyeri viseral adalah sifatnya yang umum dan tumpul, sehingga sering kali sulit diidentifikasi dan lokasinya tidak jelas. Beberapa pemicu nyeri viseral meliputi kontraksi, distensi, serta penarikan berlebihan pada organ berongga.

2. Nyeri Parietal

Nyeri parietal muncul akibat aktifnya serabut saraf nyeri pada peritoneum, umumnya disebabkan oleh proses inflamasi. Nyeri ini memiliki sifat yang tajam, menetap, dan mudah untuk terlokalisasi, sehingga dapat ditunjukkan dengan satu jari. Pergerakan atau batuk dapat memperparah nyeri parietal, membuat pasien cenderung lebih memilih untuk berbaring dalam posisi tenang.

3. Nyeri Alih (*Referred Pain*)

Nyeri alih adalah bentuk nyeri viseral yang dirasakan di area tubuh berbeda dari lokasi organ yang terganggu. Hal ini terjadi karena adanya kesamaan inervasi pada tingkat yang serupa antara organ yang bermasalah dan dinding abdomen. Nyeri ini biasanya dapat terlokalisasi dengan baik dan terasa di permukaan atau lapisan yang lebih dalam.

b. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Waktu Kejadian menurut Zakiyah (2015)

Berdasarkan lama keluhan atau waktu terjadinya, nyeri dapat dibedakan menjadi dua kategori:

1. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan respons fisiologis normal terhadap rangsangan kimia, panas, atau mekanik yang terjadi akibat pembedahan, trauma, atau penyakit akut. Ciri khas nyeri akut adalah kemunculannya yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang nyata, dan nyeri ini biasanya akan menghilang seiring dengan proses penyembuhan. Durasi nyeri akut umumnya singkat, mulai dari satu detik hingga kurang dari enam bulan.

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lebih dari periode penyembuhan normal, yaitu lebih dari enam bulan. Karakteristiknya sulit diprediksi, meskipun sering kali penyebabnya dapat dikenali; terkadang, penyebabnya juga sulit ditentukan.

2.1.6 Manifestasi Klinis

a) Mekanisme Sederhana

- Usus Halus Atas: Muncul kolik (kram) pada abdomen pertengahan ke atas, distensi, muntah empedu awal, peningkatan bising usus (bunyi gemerincing bernada tinggi yang terdengar pada interval singkat), serta nyeri tekan difus minimal.
- Usus Halus Bawah: Mengalami kolik signifikan di midabdomen, distensi berat, muntah – sedikit atau tidak ada – yang kemudian berisi ampas,

peningkatan bising usus, dan nyeri tekan difus minimal.

- Kolon: Menyebabkan kram pada bagian tengah sampai bawah abdomen, distensi yang muncul belakangan, diikuti oleh muntah (*fekulen*),

b) Obstruksi Mekanik Sebagian

Obstruksi mekanik yang tidak sepenuhnya dapat muncul bersamaan dengan granulomatosa pada usus akibat penyakit Crohn, ditandai dengan gejala seperti kram perut, sedikit pembengkakan, dan diare. (Reeves, 2013).

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan secara farmakologi mencakup:

1. Penggunaan cairan infus Ringer laktat untuk memperbaiki kekurangan cairan.
2. Pemberian infusdekstrose dan air untuk mengatasi kekurangan cairan intraseluler.
3. Dikompres dengan menggunakan selang nasoenternal yang panjang, dimasukkan dari proksimal usus hingga area penyumbatan; prosedur ini lebih efektif dilakukan dengan pasien berbaring miring ke kanan.
4. Pemberian antasid untuk menetralkan asam lambung.
5. Pemberian antihistamin yang bekerja melawan efek histamin (Reeves, 2013).

Penatalaksanaan Secara Nonfarmakologi mencakup:

1. Kompres Hangat

Memberikan kompres hangat di area abdomen untuk meningkatkan aliran darah lokal, merilekskan otot polos, dan mengurangi spasme. Suhu sekitar 40–43°C selama 15–20 menit, hindari suhu terlalu panas untuk mencegah luka bakar.

2. Posisi Nyaman

Mengatur pasien pada posisi yang paling nyaman (misalnya miring dengan lutut ditekuk atau semi-fowler) untuk mengurangi tekanan intraabdominal.

3. Relaksasi & Pernapasan Dalam

Mengajarkan teknik relaksasi, seperti pernapasan dalam atau meditasi, untuk mengurangi persepsi nyeri dengan menenangkan sistem saraf.

4. Pijat Ringan / Terapi Sentuhan

5. Pijatan ringan di area punggung atau perut dapat meredakan ketegangan otot dan membantu relaksasi. Tidak dianjurkan bila ada peritonitis atau trauma.

6. Distraksi

Membantu pasien mengalihkan perhatian dari nyeri, misalnya dengan berbicara, musik, atau kegiatan ringan.

7. Edukasi & Dukungan Psikologis

Memberikan penjelasan tentang kondisi yang dialami, cara-cara mengatasinya, serta mendukung psikologis pasien agar tidak cemas karena kecemasan memperburuk spasme.

8. Diet & Cairan

Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan/minuman yang memicu spasme atau kembung, seperti makanan tinggi lemak, pedas, atau minuman bersoda.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Kolik Abdomen

1. Laboratorium

- Darah lengkap (CBC)

Untuk melihat tanda infeksi (leukositosis) atau anemia.

- Elektrolit & fungsi ginjal (Na, K, kreatinin, ureum) Untuk mengetahui gangguan metabolik & dehidrasi.
- Amilase & lipase Jika dicurigai pankreatitis.
- Liver function test (SGOT, SGPT, bilirubin, ALP, GGT) Jika dicurigai penyakit hati atau batu empedu.
- Urinalisis

Untuk mendeteksi infeksi saluran kemih atau hematuria akibat batu ureter.

2. Radiologi

- Foto rontgen abdomen (plain X-ray)

Bisa menunjukkan udara bebas (perforasi), obstruksi usus (dilatasi usus & air-fluid level), atau batu radio-opak.

- Ultrasonografi (USG) abdomen

Sangat berguna untuk mendeteksi batu empedu, hidronefrosis akibat batu ginjal/ureter, atau cairan bebas dalam rongga peritoneum.

- CT Scan Abdomen

Lebih detail daripada USG untuk mengevaluasi organ padat, usus, dan mencari obstruksi, massa, atau abses.

- MRI abdomen (jarang, bila perlu)

Digunakan jika perlu evaluasi lebih lanjut pada kasus tertentu, misalnya

untuk saluran empedu (MRCP).

3. Pemeriksaan Khusus

- Endoskopi (EGD atau kolonoskopi)

Jika nyeri kolik diduga akibat gangguan saluran cerna bagian atas atau bawah (misalnya obstruksi tumor, striktur, atau ulkus).

2.2 Konsep Nyeri Akut

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan kondisi dimana berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif perasaan nyeri pada setiap orang berbeda sama hal dengan skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

Nyeri akut pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial yang digambarkan sebagai kerusakan (*intentional Association For The Study of pain*), yang tiba-tiba muncul atau terlambat dari intensitas nyeri hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Keperawatan Medikal Bedah, 2017).

Nyeri adalah suatu kondisi yang kurang memuaskan diakibatkan oleh rangsangan fisik ataupun dari serabut dalam tumbuh ke otak serta dapat diikuti reaksi fisik, emosional maupun psikologi.

Nyeri akut pengalaman sensori adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan pinset mendadak atau lambat berintensitas sehingga berat yang

berlangsung kurang dari 3 bulan (DPP PPNI, 2017).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Menurut Andarmoyo (2018), Klasifikasi nyeri dibagi menjadi :

a) Berdasarkan durasi

1. Nyeri akut

Nyeri akut nyeri yang terjadi akibat dari penyakit atau intervensi pembedahan serta mempunyai intensitas yang bermacam-macam (ringan hingga berat) serta berlangsung dengan waktu yang singkat. Nyeri akut akan berakhir sendiri serta nyeri akut akan hilang sendiri tanpa diberi obat sesudah kondisi membaik pada lokasi jaringan yang terjadi kerusakan.

2. Nyeri kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri yang terjadi menerus sepanjang waktu. Nyeri kronik dapat berlangsung lebih dari 6 bulan dan intensitas bervariasi.

3. Respon Nyeri

Menurut Andarmoyo (2018) respon nyeri dibagi menjadi 2 respon yaitu:

- Respon fisiologis nyeri

Respon fisiologis nyeri diduga menjadi indikator nyeri yang tepat dibandingkan perkataan. Respon fisiologis digunakan untuk alternatif informasi verbal nyeri pada klien yang tidak sadar serta tidak gunakan untuk informasi verbal.

- Respon perilaku

Respon perilaku pada nyeri diperlihatkan seseorang benar-benar bervariasi seperti validasi antara lain mengadu, menangis, dan

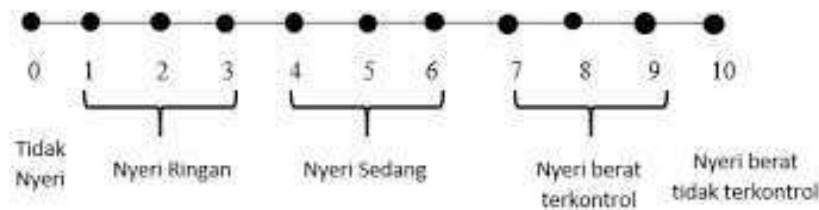
mendengkur. Ekspresi wajah antara lain meringis, gerakan tubuh antara lain gelisah, interaksi sosial seperti menghindari percakapan dua orang.

2.2.3 Pengukuran Skala Nyeri

Intensitas nyeri adalah laporan mandiri tentang nyeri. Perawat bisa mendapatkan laporan mandiri ini dengan meminta klien untuk mengukur nyeri dengan skala yang ada pada klien. Individu yang mengalami nyeri mungkin mendapatkan kesulitan untuk berkonsentrasi pada tugas mental dan merasa kesulitan untuk berespons terhadap skala yang harus mereka bayangkan. Di beberapa rumah sakit sangat menguntungkan jika disediakan salinan skala intensitas nyeri ditempat yang dapat dilihat dengan jelas oleh tiap klien, biasanya ditempelkan di dinding sebelah tempat tidur (Dwita, 2023)

Numeric Rating Scale (NRS) ini didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut ketimbang VAS dan VRS. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesic. Skala numeric dari 0 hingga 10, dibawah nol (0) merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh (10), suatu nyeri yang sangat hebat.

Gambar 2. 2 Numeric Rating Scale (NRS)



(Sumber : Dwita, 2023)

- 1) Skala 1 artinya tidak nyeri
- 2) Skala 2-4 artinya nyeri dengan tingkat ringan dan pasien dapat mentoleransi nyeri
- 3) Skala 5-6 artinya nyeri dengan tingkat sedang dan pasien tampak merintih kesakitan dan tampak memegang lokasi nyeri
- 4) Skala 7-9 artinya nyeri dengan tingkat berat dan pada tingkat ini pasien sudah mengeluh sakit serta nyeri sampai mengganggu aktivitasnya
- 5) Skala 10 artinya dengan tingkat sangat berat dan pasien sudah tidak lagi bisa mengontrol rasa nyerinya

Data mayor dan minor

Menurut PPNI (2016), nyeri memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut:

1. Data mayor
 - a. Subjektif
 - (1) Mengeluh nyeri
 - b. Objektif
 - (1) Tampak meringis

- (2) Bersikap proyektif (waspada dan menghindari nyeri)
- (3) Gelisah
- (4) Frekuensi nadi meningkat
- (5) Sulit tidur

2. Data minor

a. Subjektif

(Tidak tersedia)

b. Objektif

- (1) Pola nafas berubah
- (2) Tekanan darah meningkat
- (3) Nafsu makan berubah
- (4) Proses berpikir terganggu
- (5) Menarik diri
- (6) Berfokus pada diri sendiri

2.2.4 Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

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

- a. Arti nyeri, bagi individu banyak perbedaan dan sebagian besar arti nyeri memiliki arti yang negatif, seperti merusak, membahayakan dan lain sebagainya. Keadaan ini dapat dipengaruhi berbagai faktor seperti, usia, jenis kelamin latar belakang sosial budaya, serta pengalaman.
- b. Persepsi Nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada fungsi evaluative kognitif. Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor

yang dapat memicu stimulasi nociceptor.

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

2.3 Konsep Kompres Hangat

2.3.1 Pengertian

Pemberian kompres hangat merupakan salah satu tindakan mandiri. Efek hangat dari kompres dapat menyebabkan vasodilatasi pada pembuluh darah yang nantinya akan meningkatkan aliran darah ke jaringan penyaluran zat asam dan makanan ke sel-sel di perbesar dan pembuangan dari zat-zat diperbaiki yang dapat mengurangi rasa nyeri kolik abdomen (Natalie, 2013). Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan bagi sebagian orang. Nyeri seringkali dikaitkan dengan kerusakan pada tubuh yang merupakan peringatan terhadap adanya ancaman yang bersifat aktual maupun potensial. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan kepada seorang pasien (Sulistyo Andarmoyo, 2013).

2.3.2 Manfaat

Kompres hangat dilakukan untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau mencegah spasme otot dan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu. Manfaat terapi kompres hangat antara lain:

1. Meningkatkan relaksasi otot-otot
2. Mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan serta memberikan rasa hangat lokal
3. Efek hangat dari kompres dapat menyebabkan vasodilatasi pada pembuluh darah yang nantinya akan meningkatkan aliran darah ke jaringan\
4. Memberikan ketenangan pada klien

2.3.3 Indikasi

1. Klien Hipertermi (untuk memperlancar sirkulasi darah)
2. Klien dengan perut kembung
3. Klien yang mempunyai pnyakit peradangan, seperti radang persendian
4. Klien dengan spasme otot
5. Klien yang mempunyai penyakit abses (untuk membantu pematangan abses)
6. Klien dengan Hematoma (Wahab, 2016)

2.3.4 Kontra Indikasi

1. Klien dengan Trauma 12-24 jam

Karena panas dapat memperburuk kondisi seperti perdarahan dan pembengkakan yang mungkin terjadi akibat cedera.

2. Klien yang mengalami Pendarahan/edema

Dapat memperparah perdarahan tersebut. Hal ini disebabkan oleh efek vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah) yang ditimbulkan oleh panas, yang pada gilirannya akan meningkatkan aliran darah ke area tersebut dan mempercepat keluarnya darah.

3. Klien dengan Gangguan vascular/kehilangan kesadaran

Individu yang tidak sadar tidak dapat merasakan suhu panas, sehingga ada risiko luka bakar akibat kompres yang terlalu panas.

4. Klien dengan penyakit Pleuritis

Karena dapat memperburuk kondisi atau bahkan memicu pertumbuhan bakteri, terutama jika pleuritis disebabkan oleh infeksi (Potter, 2017)

2.3.5 Kelebihan dan Kekurangan Kompres Hangat

a. Kelebihan

- Meningkatkan aliran darah lokal

Panas menyebabkan vasodilatasi sehingga meningkatkan suplai oksigen & nutrisi ke jaringan.

- Merelaksasi otot

Membantu mengurangi spasme otot dan kaku sendi.

- Mengurangi nyeri

Dengan memperbaiki sirkulasi & mengurangi ketegangan otot, rasa nyeri sering kali berkurang.

- Mengurangi kekakuan & memperbaiki mobilitas

Terutama pada pasien dengan artritis atau cedera jaringan lunak.

- Meningkatkan kenyamanan & relaksasi psikologis Rasa hangat dapat

memberikan efek menenangkan.

- Mudah & murah

Bisa dilakukan di rumah dengan alat sederhana seperti handuk hangat dan botol air panas, dll.(Perry, 2014)

b. Kekurangan

- Risiko luka bakar / iritasi kulit

Jika suhu terlalu panas atau dipakai terlalu lama tanpa pengawasan

- Dapat memperburuk perdarahan

Karena panas meningkatkan aliran darah, pada luka atau trauma baru justru bisa memperberat perdarahan & edema

- Kontraindikasi pada infeksi berat/peritonitis

Panas bisa mempercepat penyebaran infeksi bila digunakan di area yang salah.

- Tidak untuk semua kondisi medis

Misalnya pada pasien dengan gangguan sensibilitas (neuropati diabetik), mereka bisa tidak merasakan panas & mudah terluka.

- Efek hanya sementara

Tidak menyembuhkan penyebab utama nyeri, hanya membantu meredakan gejala.(Doenges, 2019)

2.3.6 Mekanisme Kerja

Efek hangat dari kompres dapat menyebabkan vasodilatasi pada pembuluh darah, yang nantinya akan meningkatkan aliran darah ke jaringan (Abdurakman, 2020).

Prinsip kerja kompres hangat dengan buli-buli yang dibungkus kain

adalah melalui konduksi, dimana terjadi pemindahan panas dari buli-buli ke dalam tubuh. Proses ini menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan penurunan ketegangan otot, sehingga nyeri yang dirasakan dapat berkurang atau hilang (Smeltzer & Bare, 2018)

Penggunaan kompres hangat dapat memperlancar sirkulasi darah, meningkatkan vaskularisasi, dan menyebabkan vasodilatasi, yang pada gilirannya membuat relaksasi pada otot. Hal ini terjadi karena otot mendapatkan nutrisi yang dibawa oleh darah, sehingga kontraksi otot menurun (Anugraheni dan Wahyuningsih, 2020).

Arovah (2021) juga berpendapat bahwa kompres hangat digunakan untuk meningkatkan aliran darah, yang dapat meningkatkan suplai oksigen dan nutrisi pada jaringan. Selain itu, panas juga meningkatkan elastisitas otot, sehingga mengurangi kekakuan otot.

Gambar 2. 3 Buli-Buli



2.3.7 Waktu dan Durasi Terapi Kompres Hangat

Waktu yang diperlukan untuk melakukan penerapan terapi kompres hangat ialah 15-20 menit dalam 1-2 kali pemberian perhari.

2.3.8 Standar Oprasional Prosedur Teknik Kompres Hangat

Tabel 2. 1 SOP Teknik Kompres Air Hangat Dengan Menggunakan Buli-Buli

Pengertian	Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat kepada pasien untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan cairan yang berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah lokal
Tujuan	a. Memperlancar sirkulasi darah b. Mengurangi rasa sakit c. Memberikan rasa hangat, nyaman dan tenang d. Merangsang peristaltic
Indikasi	a. Mengalami penyakit peradangan, radang seperti persendian b. Mengalami kekejangan otot c. Mengalami inflamasi d. Ada <i>abses</i> atau <i>hematoma</i> e. <i>Kolik abdomen</i>
Kontraindikasi	a. Trauma 12-24jam b. Pendarahan/edema c. Gangguan vascular/kehilangan kesadaran d. Pleuritis
Peralatan	a. Buli-Buli dan sarungnya b. Perlak dan alasnya c. Termos berisi air panas d. Thermometer air e. Lap kerja
Prosedur pelaksanaan	1. Tahap Pra Interaksi a. Melakukan verifikasi program pengobatan klien b. Mencuci tangan c. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar 2. Tahap orientasi a. Memberikan salam sebagai pendekatan therapeutic b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga c. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum

	kegiatan dilakukan 3. Tahap kerja a. Menjaga privacy b. Mengatur pasien dalam posisi senyaman mungkin c. Mengkaji TTV dan skala nyeri d. Mengisi buli-buli dengan air panas: $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ (saat mengisi air, buli-buli diletakan rata dengan kepala, buli-buli ditekuk sampai permukaan air kelihatan agar udara tidak masuk) e. Menutup dengan rapat dan membalik kepala buli-buli di bawah untuk meyakinkan bahwa air tidak tumpah Meringkan buli-buli dengan lap kerja agar tidak
--	--

Sumber: Intan (2020)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

a. Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, hubungan dengan klien

c. Keluhan Utama

Keluhan yang dirasakan klien pada saat datang kerumah sakit

d. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan yang ditemukan pada saat pengkajian dan diuraikan dari pertama masuk ke tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian

e. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah sebelumnya klien pernah menderita penyakit yang sama atau penyakit lainnya.

f. Riwayat penyakit keluarga

Tanyakan kepada keluarga klien apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita penyakit colic abdomen, penyakit keturunan maupun penyakit menular dalam keluarga.

g. Pengkajian Fisik Pemeriksaan sebagai berikut:

1. Sistem Integumen (Kulit, Rambut, dan Kuku)

- Inspeksi: Warna kulit, kelembapan, lesi, ruam, pigmentasi, integritas kulit.
- Palpasi: Suhu kulit, turgor, elastisitas, adanya nyeri tekan, dan edema.

2. Sistem Kepala dan Leher

- Inspeksi dan Palpasi: Bentuk kepala, simetri wajah, pembesaran kelenjar limfe, pembesaran tiroid.
- Auskultasi: Kadang dilakukan pada arteri karotis untuk mendeteksi bruit.

3. Sistem Pernapasan (Respiratori)

- Inspeksi : Pola napas, frekuensi, retraksi otot bantu napas.
- Palpasi : Fremitus taktil, ekspansi dada.

- Perkusi : Mendeteksi adanya udara, cairan, atau massa.

Auskultasi : Bunyi napas normal (vesikuler) dan abnormal (ronki, wheezing, stridor)

4. Sistem Kardiovaskular

- Inspeksi : Warna kulit, edema, tanda sianosis.
- Palpasi : Nadi (frekuensi, irama, kekuatan), denyut apikal, pulsasi abnormal.
- Auskultasi : Bunyi jantung (S1, S2), murmur, galop, atau bunyi tambahan lainnya.

5. Sistem Gastrointestinal

- Inspeksi: Bentuk abdomen, adanya distensi, luka operasi.
- Auskultasi: Bising usus (normal, hiperaktif, hipoaktif, atau tidak ada).
- Perkusi: Tympani (udara) atau dullness (massa/cairan).
- Palpasi: Nyeri tekan, massa, pembesaran organ (hepatomegali, splenomegali).

6. Sistem Genitourinaria

- Inspeksi: Pembengkakan, perubahan warna, atau luka pada area genital.
- Palpasi: Kandung kemih jika retensi urin dicurigai.
- Catatan: Observasi frekuensi, jumlah, dan warna urin.

7. Sistem Muskuloskeletal

- Inspeksi: Simetri, deformitas, gerakan sendi.
- Palpasi: Nyeri tekan, kekakuan, pembengkakan.
- Pemeriksaan Fungsi: Rentang gerak aktif dan pasif.

8. Sistem Saraf

Mengkaji tingkah kesadaran klien, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral

1) Tes Fungsi Serebral

- Glasgow Coma Scale (GCS): Menilai tingkat kesadaran berdasarkan respon mata, verbal, dan motorik.
- Pemeriksaan status mental: Evaluasi orientasi, memori, dan fungsi kognitif lainnya.

2) Tes Fungsi Saraf Kranialis

- Tes I (Olfaktorius) : Uji penciuman dengan bau yang familiar
- Tes II (Optikus) : Uji ketajaman penglihatan dan lapang pandang
- Tes III, IV, VI (Okulomotor, Trochlear, Abducent) : Periksa gerakan bola mata dan respon pupil terhadap cahaya
- Tes V (Trigeminal) : Uji sensasi wajah dan kekuatan otot pengunyah
- Tes VII (Fasialis): Periksa ekspresi wajah dan kemampuan menutup mata
- Tes VIII (Vestibulokoklear): Uji pendengaran dan keseimbangan
- Tes IX dan X (Glosafaringeus dan Vagus) : Periksa palatum dan refleks menelan
- Tes XI (Aksesorius) : Periksa kekuatan otot trapezius dan

sternokleidomastoideus

- Tes XII (Hipoglosus) : Periksa gerakan lidah dan kekuatan otot

9. Sistem Reproduksi

Dilakukan sesuai indikasi, dengan persetujuan pasien. Fokus pada keluhan, lesi, keputihan, pembesaran testis atau prostat (pada pria).

10. Sistem Endokrin

Observasi gejala klinis seperti perubahan berat badan, intoleransi suhu, perubahan kulit dan rambut, dan evaluasi fungsi tiroid, adrenal, atau pankreas berdasarkan gejala.

2.4.2 Analisa Data

Tabel 2. 2 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	Ds: Do: • Klien tampak meringis • Klien Bersikap protektif(mis,waspada, Posisi menghindari nyeri • klien tampak gelisah • Frekuensi nadi meningkat • Skala nyeri meningkat	Peningkatan Renggangan/tarikan organ kontraksi berlebih ↓ Peritoneum viseral ↓ Nyeri viseral ↓ Respon nyeri ↓ Nyeri akut	Nyeri akut D.0077
2	Ds : Do: • Bising usus hiperaktif • Otot pengunyah lemah • Otot menelan lemah • Membran mukosa pucat • BB menurun	Hambatan pasae Dalam organ ↓ Mual muntah ↓ Anoreksia ↓ Intake kurang ↓ Defisit nutrisi	Defisit nutrisi D.0019
3	Ds: Do • Tampak gelisah • Tampak tegang • Fekuensi nadi meningkat • Tekanan darah meningkat • Muka tampak pucat • Kontak mata buruk	Kelemahan ↓ Faktor Psikologis ↓ Penanggulangan Dalam Periode Waktu ↓ Ansietas	Ansietas D.0080

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- 2) Defisit Nutrisi berhubungan dengan nafsu makan
- 3) Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 3 Internvensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Frekuensi nadi membaik	Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi factor 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 analgetik Terapeutik - Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan terapi kompres hangat menggunakan buli-buli - Kontrol lingkungan yang

		memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat - Ajarkan terapi kompres hangat untuk mengurangi nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Defisit nutrisi berhubungan dengan nafsu makan	- Membran mukosa membaik - Frekuensi makan membaik - Nyeri abdomen menurun - Porsi makan yang dihabiskan meningkat	nutrien - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramida makanan) - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah Konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan suplemen makanan, jika perlu - Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral

		dapat ditoleransi Edukasi - Anjurkan posisi duduk, jika mampu - Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama... x 24 jam, maka diharapkan pasien merasa tidak cemas akan rasa nyeri, dengan kriteria hasil: - Rasa cemas berkurang - Pasien merasa nyaman - Pasien mengetahui tentang kolik abdomen - Pasien mengetahui cara mengatasi nyeri	Observasi Identifikasi rasa gelisah pasien - Identifikasi wajah cemas pasien - Identifikasi perubahan tanda vital - Identifikasi ketidakmampuan tidur - Identifikasi klien mengatakan perut sakit Terapeutik: - Sediakan materi dan media mengatasi masalah kolik abdomen - Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan kepada keluarga dan pasien untuk bertanya Edukasi: - Memberikan pemahaman tentang kolik abdomen - Menjelaskan cara mengelola nyeri baik secara mandiri maupun dengan bantuan medis - Menjelaskan tentang kapan perlu mencari pertolongan medis jika nyeri kolik abdomen tidak mereda atau disertai gejala lain - Menjelaskan bagaimana kolik abdomen dapat berdampak pada kualitas hidup dan - cara mengatasinya

2.4.5 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi yang dilakukan pada kasus akut abdomen adalah manajemen nyeri yang meliputi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri serta memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri, menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri dan melakukan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (Saputri, 2018)

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah salah satu tahapan rangkaian asuhan keperawatan yang akan menilai hasil kerja dan respon perkembangan pasien. evaluasi dilakukan untuk memperbaiki apabila adanya tindakan yang belum atau tidak mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah direncanakan pada tahap intervensi.

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu:

- a. (Data subjektif), S data berdasarkan keluhan yang dirasakan pasien setelah dilakukan implementasi keperawatan
- b. (Data objektif), O data berdasarkan keadaan pasien yang dilihat oleh perawat
- c. (Analisa), A setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian analisis oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan

dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah diterapkan), masalah teratasi sebagian (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan) masalah belum teratasi (sama sekali belum menunjukkan perkembangan kesehatan dan sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru

- d. (Planing), P setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

Adapun hasil dari evaluasi penelitian dengan penerapan terapi kompres hangat untuk penurunan intensitas nyeri pada asuhan keperawatan pasien colic abdomen. ini dapat membantu proses penyembuhan pada pasien kolik abdomen dalam menurunkan intensitas nyeri selain itu pasien dan keluarga dapat mengetahui penerapan kompres hangat serta manfaatnya dan bisa mempraktekan ini di rumah.