

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R
DENGAN MASALAH UTAMA COLIK ABDOMEN
RSUD KOTA ‘MAKASSAR’

2022



DISUSUN OLEH :
MERLIN CARMUYEMNUK
C017191027

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan Pada Program Studi
D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar

PROGRAM STUDID.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R
DENGAN MASALAH UTAMA COLIK ABDOMEN
RSUD KOTA ‘MAKASSAR’**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan Pada Program Studi
D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.



Disusun Oleh dan diajukan oleh :

MERLIN CARMUYEMNUK

C017192027

**PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2022

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : MERLIN CARMUYEMNUK
Nim : C017191027
Program Studi : D.III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Kasus Colik Abdomen Di Ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar

Menyetujui,

Pembimbing

Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D
NIP. 198007172008122003

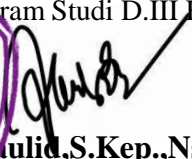
Pembimbing II

Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., Msi
NIP. 197606182002122002

Menyetujui,



Kesya Program Studi D.III Keperawatan


Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 1983121920101222004

HALAMAN PENGESAHAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N
DENGAN MASALAH UTAMA COLIK ABDOMEN
RSUD KOTA ‘MAKASSAR’

Di Susun Dan Di Ajukan Oleh:

MERLIN CARMUYEMNUK

C017191027

Karya Tulis Ilmiah ini telah di pertahankan di depan tim penguji sidang Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar Pada:

Hari : Jumat
Tanggal : 24 Juni 2022
Waktu : 15.00 - selesai
Tempat : Via Zoom

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah:

1. Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D
2. Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., Msi
3. Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes
4. Andi Fajrin Peremana, S.Kep., Ns., M.Sc



Mengetahui

Meru Program Studi D.III Keperawatan




Sarmaulili, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 1983121920101222004

ABSTRAK

MERLIN CARMUYEMNUK (ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN MASALAH UTAMA COLIK ABDOMEN DI RUANG PERAWATAN INTERNA RSUD KOTA MAKASSAR PROVINSI SULAWESI SELATAN MAKASSAR) Dibimbing oleh:
Rini Rachmawaty & Dr. Yuliana Syam

Latar belakang :

Repons perilaku individu terhadap nyeri pada perut bervariasi sesuai dengan kondisi masing-masing. Salah satu respons perilaku yang muncul adalah colik abdomen yang merupakan salah satu gejala negative pasien dengan psikotik. Bagian ini berisi panduan dalam merawat pasien dan keluarga pasien dengan masalah keperawatan colik abdomen, dengan menggunakan pendekatan individu dan kelompok.

Metode :

Penulis menggunakan metode deskripsi, ada pun sampelnya adalah klien Ny. R data ini diperoleh dengan cara yaitu : untuk memberi asuhan keperawatan pada pasien gangguan colik abdomen : diruangan perawatan interna rumah sakit daerah umum kota makassar dengan metode yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, implementasi keperawatan, dan evaluasi aktivitas, memperoleh catatan dan laporan diagnostik, bekerjasama dengan teman sekerja

Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diagnosa yang muncul 3 yaitu : adalah colik abdomen dalam implementasi sebagian besar telah sesuai dengan rencana tindakan yang telah diterapkan

Kesimpulan :

Kerjasama antara tim kesehatan dan pasien atau keluarga sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien sehingga masalah keperawatan pasien mengenai dan supaya dapat di pahami dapat dilaksanakan dengan baik dan sebagian masalah dapat teratasi sebagian.

Kata kunci: colik abdomen

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan segala puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang senantiasa melimpahkan rahmat serta hidayah-Nyakepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Dengan Judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Kasus Colik Abdomen Ruang Interna RSUD UMUM DAERAH MAKASSAR PROVINSI SULAWESI SELATAN. Menyadari Bahwa banyak pihak yang terkait dan terlibat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, maka pada kesempatan ini, dengan segala kerendahan dan ketulusan hati saya ingin menyampaikan terimakasih:

1. Pemerintah Kab . Asmat yang telah memfasilitasi semua pembiayaan segalanya
2. Elisa Kambu, S.Sos selaku Bupati Asmat
3. Thomas Eppe Safonpo ST
4. Prof Jamaluddin jompa, M.Si selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makssar
5. Dr. Ariyanti Saleh , S.Kep., M. Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan
6. Dr. Akchmad Asyarie Selaku Direktur Rumah Sakit Daerah Daya Kota Makassar Yang sudah memfasilitasi tempat untuk melekukan pengambilan kasus KTI di ruangan perawatan interna
7. Ketua Program DIII Keperawatan Nurmaulid, S. Kep., Ns., M.Kep yang selalu mendukung kami dari belakang layar
8. Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D Selaku Pembimbing I
9. Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., Msi Selaku Pembimbing II
10. Dr. Takdir Tahir, S.kep , Ns., M.Kes Selaku penguji I
11. Andi Fajrin Permana , S.Kep., Ns., M.Sc Selaku penguji II
12. Pasien atas nama Risma Rauf yang sudah bersedia

Terima kasih atas bimbingan, pengarahan, saran dan nasehatnya. Terima kasih atas kesabarannya dalam membimbing saya selama ini

DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	i
Halaman Judul	ii
Halaman Persetujuan	iii
Halaman Pengesahan	iv
Ringkasan/ Abstrak.....	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	viii
Daftar Gambar	ix
Daftar Lampiran.....	x
Daftar Arti Lambang dan Singkatan	xi
Riwayat Hidup	xii

BABI PENDAHULUAN

A. Latar Belakang... ..	1
B. Tujuan Penulisan... ..	2
C. Manfaat Penulisa	2
D. Metodologi Penelitian	3

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit (sesuaikasukasus).....	5
1. Pengertian.....	5
2. Anatomi Fisiologi	5
3. Etiologi.....	7
5. Pathofisiologi	7
6. Manifestasi Klinis	9
7. Test diaknostik... ..	10
8. Penatalaksanaan medis.....	10

BAB III TINJAUAN KASUS

B. Konsep Dasar Asuhankeperawatan.....	11
1. Pengkajian.....	11
2. Dampakterhadapdasarkebutuhanmanusia	11
3. DiaknosaKeperawatan yang lazimterjadi.....	12
4. Rencanaasuhankeperawatn.....	12

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian Data	15
B. Diagnosa Keperawatan.....	25
C. Rencana Keperawatan.....	28
D. Implementasi.....	32
E. Evaluasi	32

BAB V PEMBAHASAN

A. Penkajian.....	33
B. Diagnosa Keperawatan.....	33
C. Intervensi Keperawatan.....	34
D. Implementasi.....	34
E. Evaluasi	34

BAB VI KESIMPULAN

A. Kesimpulam	36
B. Saran.....	38

DAFTAR TABEL

Tabel Bartel Index.....	19
Tabel Fall Risk.....	20
Tabel Medikasi.....	22
Tabel Laboratorium	23
Tabel Klasifikasi Data Analisa Data	24
Tabel Prioritas Masalah	26
Tabel Rencana Asuhan Keperawatan (Intervensi).....	28
Tabel Implementasi dab evaluasi	31

DAFTAR GAMBAR

1. Karangka Konseptual Gambar Karakteristik Pasien Colik Abdomen di Rumah sakit Umum Daerah Kota Makassar
2. Karangka Operasional Gambar Karakteristik Colik Abdomen di Rumah sakit Umum Daerah Kota Makassar

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar jadwal pelaksanaan laporan kasus	i
Lampiran 2 lembar pedoman menjadi partisipan.....	ii
Lampiran 3 lembar persetujuan menjadi responden	iii
Lampiran 4 lembar format asuhan keperawatan	15-32
Lampiran 5 lembar konsultasi karya ilmiah.....	39-48

DAFTAR ARTI DAN LAMBANG SINGKATAN

Lambang

1. % : Persentase
2. oC : Derajat Celcius
3. / : Atau
4. & : Dan
5. - : Sampai dengan
6. < : Kurang dari
7. mmhg : Milimeter air raksa

Singkatan

1. STIKes : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
2. ICMe : Insan Cendekia Medika
3. WHO : World Health Organization
4. NANDA : Nort American Nursing Diagnosis Association
5. NOC : Nursing outcome C;assification
6. NIC : Nursing Interventions Classification
7. Dll : Dan lain lain
8. Dkk : Dan Kawan kawan
9. SDKI : Standar Diaknosa keperawatan Indonesia
10. SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia
11. SIKI : Standar Keperawatan Indonesia
12. DS : Data Subjektif
13. DO : Data Objektif

RIWAYAT HIDUP



Identitas

Nama : Merlin Carmuyemnuke
TempatTanggal Lahir : Yasiw 10, 09 ,1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku Bangsa : Indonesia
Agama : Katolik
No Telepon : 0821 5420 1059
Email : merlincarmuyemnuke10.0999@gmail.com
Alamat : Wisma II Unhas Tamalanrea

B. RAWAYAT PENDIDIKAN

- 1. SD 2012 Tahun / 2013**
- 2. SMP 2015 Tahun / 2016**
- 3. SMA 2018 Tahun / 2019**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.Latar Belakang

Colic abdomen adalah rasa nyeri pada perut yang sifatnya hilang timbul dan bersumber dari organ yang terdapat dalam abdomen atau perut, yang disebabkan oleh infeksi didalam organ perut. Banyak juga para ahli yang mendefinisikan Colic abdomen sebagai sebuah kondisi yang ditandai dengan kram atau nyeri kolik hebat yang mungkin disertai dengan mual muntah (Barbara,2011).

Prevalensi penyakit colic abdomen berdasarkan kelompok umur 55-64 tahun (1,3%), menurun sedikit kelompok umur 65-74 tahun (1,2%) dan umur \geq 75 tahun (1,1%) berusia 18 tahun atau lebih menderita nyeri minimal sekali sebulan (42%). Studi yang dilakukan Colin Crooks dari University of Nottingham menemukan bahwa orang dewasa yang mengidap penyakit Colic lebih rentan terserang infeksi pneumonia. Resiko lebih besar bahkan dimiliki oleh orang dewasa yang sudah berusia lebih dari 65 tahun. Penelitian dilakukan dengan melihat data pasien rumah sakit di Inggris sejak tahun 1997 hingga 2011. Ditemukan bahwa prevalensi orang dengan penyakit Colic Abdomen akhirnya pneumonia ada di angka 3,42 kasus per 1.000 penduduk (Crooks,2016).

Berdasarkan jenis kelamin pada laki-laki (68,4%) lebih tinggi dibandingkan perempuan (31,6%). Kelompok usia banyak adalah 10-19 tahun (24,5%). Sebagian besar pasien Colic Abdomen mendapatkan tatalaksana bedah berupa laparotomiekplorasi dan apendektomi (63,5%). Lama rawatan terbanyak ada 4-7 hari (45,9%). Frekuensi pasien Colic Abdomen menurut kondisi keluar sebagian dipengaruhi oleh faktor usia, jenis kelamin (Chang et al,2013).

Prevalensi Colic Abdomen berbeda-beda di setiap negara. Letak geografi suatu negara dan etnis memiliki peran besar dalam prevalensi penyakit Colic Abdomen (Stanton,2012). Di Amerika Serikat, pada tahun 2017 sekitar 20 juta orang (10-0 % populasi orang dewasa) memiliki Colic Abdomen setiap tahun 1,3% orang dan sekitar 1,3% orang akan timbul keluhan setiap tahunnya, diperkirakan 500.000 pasien. Prevalensi Colic Abdomen di Eropa yaitu 5,15% berdasarkan beberapa survey pemeriksaan ultrasonografi. Di Asia pada tahun 2013 prevalensi Colic Abdomen berkisar

antara 3% sampai 10%. Berdasarkan data terakhir prevalensi Colic Abdomendi negara Jepang sekitar 3,2% , china 10,7% india utara 7,1% dan Taiwan 5,0% (Chang et al,2013).

Insiden nyeri abdomen akut dilaporkan berkisar 5-10% pada kunjungan pasien ke unit gawat darurat. Kegawatan abdomen yang datang kerumah sakit dapat berupa kegawatan bedah atau non bedah. Penyebab tersering dari Colic Abdomen antara lain, kolik bilier, kolisistitis, obstruksi usus, dan kolik renal. Di unit gawat darurat karawang pasien yang berkunjung dengan keluhan nyeri abdomen dengan berbagai penyebab mencapai 405 kasus (3,9%) dari total kunjungan selama tahun 2012 (Data medical record RSUD Karawang,2012).

Faktor penyebab Colic abdomen adalah konstipasi yang tidak dapat terobati dan gejala klinis Colic abdomen adalah kram pada abdomen distensi muntah dan nyeri pada abdomen. Akhir-akhir ini peningkatan Colic abdomen meningkat sangat pesat. Kejadian penyakit Colic Abdomen terjadi karena pola hidup yang tidak sehat sehingga berdampak pada kesehatan tubuh (Bare, 2011).

Rasa nyeri pada perut yang sifatnya hilang timbul dan bersumber dari organ yang terdapat dalam abdomen. Hal yang mendasari hal ini adalah infeksi pada organ didalam perut (menceret,radang kandung empedu,radang kandung kemih), sumbatan dari organ perut batu empedu, batu ginjal (Barbara, 2011).

Nyeri abdomen merupakan salah satu aspek menarik dibidang gawat darurat. Nyeri abdomen merupakan keluhan yang cukup sering ditemukan sebanyak 10% pada pasien-pasien diruang gawat darurat. Penegakkan diagnosis kemungkinan bervariasi dari kondisi yang cukup mengancam jiwa (rupture aneurisma arteri abdomen) hingga yang hilang sendiri (dinding abdomen yang menegang) dan dari yang umum gastroenteritis sehingga yang jarang (gigitan laba-laba hitam). Walaupun etiologi dari nyeri pada awalnya belum dapat ditentukan kurang lebih sebesar 30-40% pasien, namun mengenali kasus-kasus yang memerlukan operasi atau yang mengancam jiwa adalah hal yang lebih penting dari penegakkan diagnosis itu sendiri (Mahadevan,2015). Sebelum membahas mengenai nyeri kolik ,akan dipaparkan dahulu mengenai nyeri

abdomen secara umum. Nyeri abdomen dihasilkan dari 3 jalur yaitu nyeri abdomen visera, nyeri abdomen parietal (somataik), nyeri alih (Mahadevan, 2015).

Nyeri abdomen dapat berasal dari dalam organ abdomen termasuk nyeri verbal dan dari lapisan dinding perut lokasi nyeri abdomen bisa mengarah pada penyebab nyeri walaupun sebagian nyeri yang dirasakan merupakan perjalanan dari tempat lain (Barbara, 2011). Penatalaksanaan Colic abdomen dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan radiologi yang didalamnya terdapat aspirasi abses abdomen dan terapi antibiotik. Pada akhirnya, penanganan pasien Colic abdomen secara umum adalah dengan menentukan apakah pasien tersebut merupakan kasus bedah yang harus dilakukan tindakan operasi atau tidak (Corwin, 2010).

Kolik merupakan nyeri visceralis akibat spasme otot polos organ berongga biasanya disebabkan oleh hambatan pasase organ tersebut (obstruksi usus, batu ureter, batu empedu, peningkatan tekanan intralumen). Nyeri ini timbul karena hipoksia yang dialami oleh jaringan dinding saluran. Karena kontaksi ini berjedat kolik dirasakan hilang timbul fase awal gangguan perdarahan dinding usus juga berupa nyeri kolik (Murnijal, 2015).

Defenisi lainnya menjelaskan nyeri abdomen adalah suatu kegawatan abdomen dapat terjadi karena masalah bedah dan non bedah. Secara defenisi pasien dengan akut abdomen datang dengan keluhan nyeri abdomen dapat terjadi tiba-tiba dan berlangsung kurang 24 jam pada beberapa pasien dengan abdomen yang berlangsung harus ditangani segera (Fahrial, 2009). Identifikasi awal yang harus ditangani dihadapi ini suatu kasus bedah atau non bedah jika kasus bedah maka tindakan operasi harus segera dilakukan (Wiryati, 2007).

Colic Abdomen di Indonesia tercatat 40,85% dari 800.000 orang penduduk. Berdasarkan hasil pengamatan penelitian yang dilakukan departemen kesehatan republic Indonesia (Depkes RI, 2012) diperoleh angka penderita Colic Abdomen di Indonesia cukup tinggi sekitar 91,6%. Penyebab dominan dari kasus Colic Abdomen tersebut adalah makanan yang mengandung pedas dan biji-bijian seperti: Lombok, biji jambu, dan biji tomat (Depkes RI, 2015).

Menurut studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Rumah Sakit Umum Daerah Makassar pada tanggal 30 JUNI dari catatan rekam medis didapatkan jumlah pasien dengan nyeri abdomen di dapatkan jumlah pasien dengan nyeri abdomen pada

periode januari-desember 2015 bahwa kunjungan pasien dengan nyeri abdomen terbanyak terjadi pada bulan januari dan juni 2015 yaitu sebanyak 26 orang (28,4%) dan kunjungan terendah terjadi pada bulan September 2014 yaitu sebanyak 5 orang (5,5%) (Depkes RI,2012).

Hasil laporan World Health Organization yang dikeluarkan pada tahun 2002 di kota besar di Indonesia menunjukkan angka Colic Abdomen pada orang dewasa yang terjadi di kota Medan sebanyak 29 kasus dijumpai pada usia 26 tahun dan paling banyak ditemukan pada anak usia 20 tahun (95%) dengan perbandingan laki-laki dan perempuan 2:1, sedangkan di kota lain Jakarta dan Yogyakarta angka kejadian Colic Abdomen yang terjadi masuk adalah sebanyak 103(86%) kasus dan 35(61%) kasus orang remaja dengan perbandingan laki-laki dan perempuan masing-masing sebanyak 2:1 dan 1:1 (Amin Huda Nurarif,2013).

Menurut data dari WHO pada tahun 2012±7 miliar jiwa. Amerika Serikat berada diposisi pertama dengan penderita Colic Abdomen terbanyak 47% dari 810.000 orang penduduk. Pencegahan Colic Abdomen yang dilakukan pada pasien adalah mengurangi dan menghindari makanan yang pedas, bersifat asam, makanan instan, dan jenis sayuran tertentu misalnya kol dan sawi, serta menghindari melakukan aktivitas yang berat (Suyetno,2011).Angka kejadian Colic Abdomendi Indonesia diduga tidak berbeda jauh dengan angka Negara lain di Asia tenggara (Wibowo et al, 2010). Di rumah sakit umum daerah kota Jakarta pada 05 oktober sampai dengan 31 desember 2015 didapatkan 101 kasus Colic Abdomen (Febyan, 2017). Sedangkan di rumah sakit Prof. Dr. R.D Kandou Manado didapatkan jumlah kasus Colic Abdomen periode oktober 2015-oktober 2016 di bagian rekam medik sebanyak 113 kasus (Tuuk, 2016).

Hasil survey awal pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Makassar bahwa terdapat pasien Colic Abdomendi tahun 2022 yaitu sebanyak 34orang diperoleh dari buku status pasien yang ada di rekam medic di Rumah Sakit Umum Daerah Makassar

Dari hasil survey tahun 2020 bulan januari ,maret pasien Colic Abdomen sebanyak 5orang dengan jenis kelamin laki-laki 3 orang, perempuan 2orang, dan pekerjaan petani dan wiraswasta, usia lebih banyak pada usia 45 tahun. Dan mengalami peningkatan oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian.

1. Rumusan masalah

Rumusan masalah peneliti „bagaimana Gambaran Karakteristik pasien penyakit ColicAbdomendi Rumah Sakit Umum Daerah Labuhanbatu Selatan pada tahun 2019

2. Tujuan Umum

Untuk mengetahui tentang asuhan keperawatn pada pasien ColicAbdomenyang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah kota Makassar pada tahun 2019.

3. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengkaian Colic Abdomen pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah kota Makassar
- 2.Mengidentifikasi hasil diagnose pada klien R dengan kasus colik apdomen
3. Mengidentifikasi perencanaan keperawatan Pada klien R dengan Kasus Colic Abdomen pada pasien dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah kota Makasar
- 4.Mengidentifikasi intervensi Colic Abdomen pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah kota Makassar berdasarkanPendidikan.
- 5.Mengidentifikasi G Colic Abdomenpada Pasien yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah kota Makassar

4. Manfaat teoritis

Penelitian ini berguna sebagai salah satu bahan sumber bacaan mengenai gambaran karakteristik pasien Colic abdomendi Rumah Sakit Umum Daerah makassar tahun 2019.

- 1) Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data untuk melihat peningkatan frekuensi angka kejadian jumlah pasien Colic abdomendi Rumah Sakit Umum Daerah kota Makassar tahun 2019.
- 2) Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi atau bahan informasi bagi institusi pendidikan dalam mata kuliah yang berhubungan dengan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian tentang Colic abdomen.
- 3) Bagi peneliti Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal untuk peneliti selanjutnya dan sebagai pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian.
- 4) Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk data awal atau dapat mendukung penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan penelitian dengan pasien Colic abdomen.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep Colic Abdomen

1. Defenisi Colic Abdomen

Colic Abdomen adalah gangguan pada aliran normal usus sepanjang traktus intestinal. Obstruksi terjadi ketika ada gangguan yang menyebabkan terhambatnya aliran isi usus kedepan tetapi peristaltiknya normal.

Nyeri perut adalah nyeri yang dirasakan diantara dada dan region inguinalis. Nyeri perut bukanlah suatu diagnosis, tapi merupakan gejala dari suatu penyakit. Nyeri akut abdomen didefenisikan sebagai serangan nyeri perut berat dan perisisten, yang terjadi tiba-tiba serta membutuhkan tindakan bedah untuk mengatasi penyebabnya. Appley mendefenisikan sakit perut berulang sebagai serangan sakit perut yang berlangsung minimal 3 kali selama paling sedikit 3 bulan dalam kurun waktu 1 tahun terakhir dan mengganggu aktivitas sehari-hari (Markum, 1999).

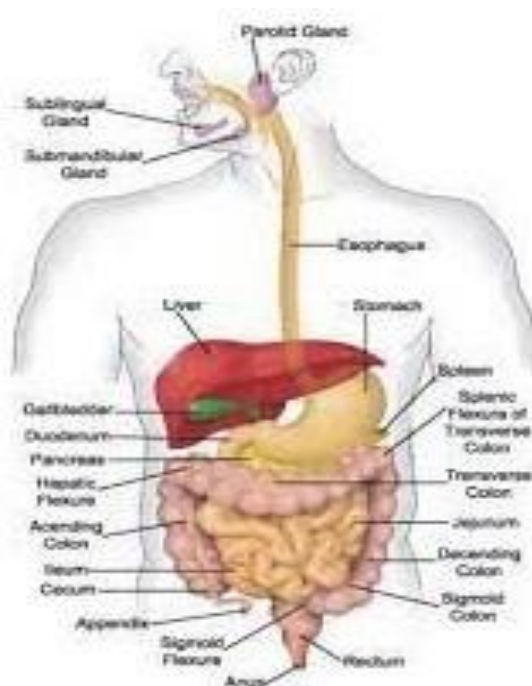
Colic abdomen adalah rasa nyeri pada perut yang sifatnya hilang timbul . dan bersumber dari organ yang terdapat dalam abdomen. Hal yang mendasari hal ini adalah infeksi pada organ didalam perut (mencret, radang kandung empedu, batu ginjal). Pengobatan yang diberikan adalah penghilang rasa sakit dan penyebab utama dari organ yang terlibat. Bila infeksi dari kandung kemih atau kandung empedu maka operasi untuk angkat kandung empedu.

Batu saluran kencing merupakan penyakit yang sering terjadi yang menimbulkan rasa sakit hebat dan dapat berakibat kegagalan fungsi ginjal. Batu saluran kencing merupakan penyakit yang sering terjadi yang menimbulkan rasa sakit hebat dan dapat berakibat kegagalan fungsi ginjal apabila tidak mendapat penanganan secara cepat dan tuntas.

Pada penyakit Colic abdomen nyeri yang dirasakan dapat ditentukan atau tidak boleh pasien tergantung pada nyeri itu sendiri. Nyeri abdomen dapat berasal dari organ dalam abdomen termasuk nyeri

visceral, dari otot, lapisan dari dinding perut. Nyeri Visceral biasanya nyeri yang ditimbulkan terlokalisasi dan berbentuk khas sehingga nyeri yang berasal dari visceral dan berlangsung akut biasanya penyebab tekanan darah dan denyut jantung berubah pucat dan berkeringat dan disertai fenomena visceral yaitu muntah dan diare. Lokasi nyeri abdomen bisa mengarah pada lokasi organ yang menjadi penyebab nyeri tersebut. Walaupun sebagian nyeri yang dirasakan merupakan penjaralan dari tempat lain. Oleh karena itu nyeri yang dirasakan bisa merupakan dari nyeri tersebut atau sekunder dari tempat lain.

5. ANATOMI FISIOLOGI



(Gambar1 abdomen)

Anatomi 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 spincer yang berfungsi menutup dan membuka saat pengisian dan pengosongan lambung. Gaster berlanjut ke dalam 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-ligamentum Treitz berupa sebuah ligament yang berjalan dari sisi kanan diafragma dekat dengan hiatus esophagus 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. Makanan masuk melalui sphincter pylorium keduodenum maka sisa makanan akan melalui katub ileocol valve, yang mecegah berbaliknya makanan dari usus besar kedalam usus halus. Pada ujung caecum terdapat appendix vermicularis. Colon (usus besar) lebih besar dari usus halus yang terdiri dari usus halus yang terdiri dari caecum, colon pars descendens, colon pars ascendens, colon transversum dan rectum, lapisan usus besar terdiri dari tunika secara tunika submukosa tunika muskularis, tunika mukosa.

3. ETIOLOGI

Adapun yang menjadi penyebab dari kolik abdomen yaitu :

a. Secara mekanis :

1. Adhesi (pertumbuhan bersatu bagian-bagian tubuh yang berdekatan karena radang)
2. Karsinoma
3. Volvulus (penyumbatan isi usus karena terbelitnya sebagian usus di dalam usus)
4. Obstipasi (konstipasi yang tidak terobati)
5. Polip (perubahan pada mukosa hidung)
6. Striktur (penyumbatan yang abnormal pada duktus atau saluran

dapun yang menjadi penyebab dari kolik abdomen yaitu :

a. Secara mekanis :

1. Adhesi (pertumbuhan bersatu bagian-bagian tubuh yang berdekatan karena radang)
2. Karsinoma
3. Volvulus (penyumbatan isi usus karena terbelitnya sebagian usus di dalam usus)
4. Obstipasi (konstipasi yang tidak terobati)
5. Polip (perubahan pada mukosa hidung)
6. Striktur (penyumbatan yang abnormal pada duktus atau saluran

Adapun yang menjadi penyebab dari kolik abdomen yaitu :

a. Secara mekanis :

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

2. Karsinoma
3. Volvulus (penyumbatan isi usus karena terbelitnya sebagian usus di dalam usus)
4. Obstipasi (konstipasi yang tidak terobati)
5. Polip (perubahan pada mukosa hidung)

Striktur (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. Polip (perubahan pada mukosa hidung).
- f. Striktur (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)

3. Etiologi yang lain yaitu

- a. Inflamasi peritoneum parietal : perforasi peritonitis, omentitis, divertikulitis, pankreatitis, kolesistitis.
- b. Kelainan mukosa viseral : tukak peptik, inflammatory bowel disease, kulitis infeksi, esofagitis.
- c. Obstruksi viseral : ileus obstruksi, kolik bilier atau renal karena batu.
- d. Regangan kapsula organ : hepatitis kista ovarium, pielonefritis
- e. Gangguan vaskuler : iskemia atau infark intestinal.

f. Gangguan motilitas : irritable bowel syndrome, dispepsia fungsional.

g. Ekstra abdominal : herpes trauma muskuloskeletal, infark miokard dan paru dan lainnya

4. PATHOFISIOLOGI

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

Perubahan patofisiologis utama pada obstruksi usus dapat dilihat pada gambar. Lumen usus yang tersumbat secara progresif akan teregang oleh cairan dan gas (70% dari gas yang ditelan) akibat peningkatan tekanan intralumen, yang menurunkan pengaliran air dan natrium dari usus ke darah.

Oleh karena sekitar 8 liter cairan diskresi ke dalam saluran cerna setiap hari, tidak adanya absorpsi dapat mengakibatkan penimbunan intralumen dengan cepat.

Muntah dan penyedotan usus setelah pengobatan dimulai merupakan sumber kehilangan utama cairan dan elektrolit. Pengaruh atas kehilangan ini adalah penciutan ruang cairan ekstra sel yang mengakibatkan syok-hipotensi, pengurangan curah jantung, penurunan perfusi jaringan, dan asidosis metabolik.

Perengangan usus yang terus menerus mengakibatkan lingkaran setan penurunan absorpsi cairan dan peningkatan sekresi cairan ke dalam usus. Efek lokal perengangan usus adalah iskemia akibat distensi dan peningkatan permeabilitas akibat nekrosis, disertai absorpsi toksin-toksin bakteri ke dalam rongga peritoneum dan sirkulasi sistemik.

Akut abdomen terjadi karena nyeri abdomen yang timbul tiba-tiba atau sudah berlangsung lama. Nyeri yang dirasakan dapat ditentukan atau tidak oleh pasien tergantung pada nyeri itu sendiri. Nyeri abdomen dapat berasal dari organ dalam abdomen termasuk nyeri viseral, dari otot, lapisan dari dinding perut nyeri (nyeri somatik).

Nyeri viseral biasanya nyeri yang ditimbulkan terlokalisasi dan berbentuk khas, sehingga nyeri yang berasal dari viseral dan berlangsung akut biasanya menyebabkan tekanan darah

dan denyut jantung berubah, pucat dan berkeringat dan disertai fenomena viseral yaitu muntah dan diare. Lokasi dan nyeri abdomen bisa mengarah pada lokasi organ yang menjadi penyebab nyeri tersebut.

Walaupun sebagian nyeri dirasakan penjaralan dari tempat lain. Oleh karena itu nyeri yang dirasakan bisa merupakan lokasi dari nyeri tersebut atau sekunder dari tempat lain.

Reseptor rasa sakit didalam traktus digestivus terletak pada saraf yang tidak bermielin yang berasal dari system saraf otonom pada mukosa usus. Jalan saraf ini disebut sebagai serabut saraf C yang dapat meneruskan rasa sakit lebih menyebarkan lebih lama dari rasa sakit yang dihantarkan dari kulit oleh serabut saraf A.

Reseptor nyeri pada perut terbatas disubmukosa, lapisan meskularis dan serosa dari organ di abdomen. Serabut C ini akan bersamaan dengan saraf simpatis menuju ke ganglia pre dan paravertebra dan memasuki akar dorsa ganglia. Impuls aferen akan melewati medulla spinalis pada traktus spinotalamikus lateralis menuju ke thalamus, kemudian ke konteks serebri. Impuls eferen dari visera biasanya diumalai oleh regangan atau akibat penurunan ambang batas nyeri pada jaringan yang meradang. Nyeri ini khas bersifat tumpul, pegal dan terbatas tak jelas serta sulit dilokalisasi, impuls nyeri dan visera abdomen atas (lambung, duodenum, pancreas, hati dan system empedu) mencapai medulla spinalis pada segmen thorakalis 6,7,8 serta dirasakan di daerah epigastrium.

Impuls nyeri yang timbul dari segmen usus yang meluas dari ligamentum tritz sampai fleksura hepatica memasuki segmen Th 9 dan 10, dirasakan disekitar umbilikus.

Dari kolon distalis, ureter, kandung kemih dan traktus genitalia perempuan, impuls nyeri mencapai segmen Th 11 dan 12 serta segmen lumbalis pertama. Nyeri dirasakan pada daerah supra publik dan kadang-kadang menjalar kelabium atau skorum. Jika proses penyakit meluas ke peritrium maka impuls nyeri dihantarkan oleh serabut aferen stomatik ke radik spinalis segmentalis.

Penyebab metabolik seperti pada keracunan timah dan porfirin belum jelas patofisiologis dan patogenesisnya. Patofisiologis sakit perut berulang-ulang yang fungsional (tidak berhubungan dengan kelainan organik) masih sulit dimengerti. Diperkirakan ada hubungan antara sakit perut berulang fungsional dengan penurunan ambang rangsang nyeri.

Berbagai faktor dan fisiologik dapat berperan sebagai mediator atau moderator dari sakit perut berulang fungsional. Juga diketahui ada hubungan yang kuat antara sakit perut

berulang fungsional dengan tipekepribadian tertentu, yaitu sering cemas/gelisah, dan selalu ingin sempurna. Pada anggotakeluarga lainnya juga sering ditemukan kelainan psikosomatik seperti migraine kolon iritabel.

Hubungan antara sistem susunan saraf pusat dan saluran cerna yang sangat kompleks mungkin dapat membantu menjelaskan patofisiologis sakit perut berulang fungsional.

Penyebab kolik menyebabkan inflamasi obstruksi dan perdarahan di abdomen. Dari hal tersebut abdomen menjadi tak nyaman dan timbul rasa nyeri, nyeri tersebut diakibatkan penyebab tersebut. Hal ini dapat menimbulkan banyak masalah yang dapat mengganggu pasien

5. 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 terjadi muntah (fekulen), peningkatan bising usus, nyeri tekan difus minimal.

4. Mekanika obstruksi 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.

6. TEST DIAKNOSTIK



(Gambar 4 radiologik pada colon)

1. Pemeriksaan radiologi

Ultrasonografi pada abdomen sedikit terbatas karena sensitivitas sekitar 19 persen. Jika ditemukan batu pada ureter maka sensitivitas 97 persen. Selain itu ultrasonografi sangat sensitif pada hidronefrosis yang mungkin manifestasi obstruksi ureter.

2. Pemeriksaan rectal :

lokasi nyeri pada jam berapa, adakah darah?

3. Laboratorium

Dilakukan uji laboratorium darah lengkap, fungsi ginjal, fungsi hati, uji urin lengkap, tes kepekaan terhadap antibiotika, kalsium fosfat tingkat keasaman pada PH urin, ekskresi kalsium-fosfat-asam urat dalam urin tamping 24 jam (Aslim, 2015)

-Leukosit

-hb

7. PENATALAKSANAAN

1. Penatalaksanaan Colic Abdomen secara Non farmakologi yaitu:

- a. Koreksi ketidak seimbangan cairan dan elektrolit
- b. Implementasikan pengobatannya untuk syok dan peritonitis.
- c. Hiperalimentasi untuk mengkoreksi defisiensi protein karena obstruksi kronik, ileus paralitik atau infeksi.

d.Reaksi dengan anastomosis dari ujung ke ujung.

e.Ostomi barel ganda jika anastomosis dari ujung ke ujung terlalu berisiko.

f.Kolostomi lingkaran untuk mengalihkan aliran feses dan mendekomposisi usus yang dilakukan sebagai prosedur kedua.