



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. I
DENGAN *COLIC ABDOMEN* DI RUANG PENYAKIT
DALAM LANTAI 13 GEDUNG D
KAMAR 1301 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

RIZKI OGARA

2110033

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2024**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. I
DENGAN *COLIC ABDOMEN* DI RUANG PENYAKIT
DALAM LANTAI 13 GEDUNG D
KAMAR 1301 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

RIZKI OGARA

2110033

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2024**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir Ini Adalah Hasil Karya Saya Sendiri,
Dan Semua Sumber Baik Yang Dikutip Maupun Dirujuk
Telah Saya Nyatakan Dengan Benar**

Nama : Rizki Ogara

Nim : 2110033

Tanda tangan : 

Tanggal : 25 Juni 2024

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. I DENGAN
COLIC ABDOMEN DI RUANG PENYAKIT
DALAM LANTAI 13 GEDUNG D
KAMAR 1301 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Dewan Penguji

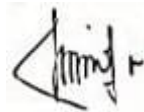
Pembimbing,

(Ns. Fendy Yesayas., M.Kep)

Anggota,

Ketua Penguji

Anggota Penguji



(Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep.MB)

(Ns Yarwin Yari, M.Biomed., M.kep)

Menyetujui,

Program Studi Diploma Tiga Keperawatan



(Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep.MB)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat Rahmat dan Karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. I Dengan *Colic Abdomen* Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Koja Jakarta Utara”

Penulisan laporan tugas akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKES RS Husada.

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan laporan tugas akhir ini, tanpa bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan tugas akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ellynia, SE., MM., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang selalu memberikan semangat dan motivasi kepada seluruh mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada
2. Ibu Ns., Nia Rosliany, M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku Ketua Prodi Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada dan selaku penguji satu yang telah mengarahkan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ns. Fendy Yesayas.,M.Kep selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns Yarwin Yari, M.Kep., M.Biomed selaku penguji dua yang telah mengarahkan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Dosen beserta Staf STIKES RS Husada yang telah membimbing dan mengarahkan selama penulis menempuh pendidikan di STIKES RS Husada.
6. Direktur RSUD Koja Tanjung Priuk, Dokter, Perawat, Tenaga kesehatan yang telah mengizinkan penulis memberikan Asuhan Keperawatan kepada pasien dan memberi dukungan kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

7. Keluarga Tn. I atas bantuan dan kerjasama selama penulis memberikan Asuhan Keperawatan.
8. Untuk diri saya Rizki Ogara terimakasih telah kuat sampai detik ini, yang mampu mengendalikan diri dari tekanan luar.
9. Bapak Damrin selaku bapak saya dan ibu Lismayana selaku ibu saya dan Reva Multa Dora adek saya satu satunya dan kakek nenek yang selalu mendokan saya selama mengerjakan ini
10. Terimakasih juga untuk pacar saya Sarah Nurhaliza yang telah memberikan saya support dan semangat selama kuliah
11. Sahabatku terbaik (Syaefudin, Rijal, Heru) teman cowo sekelas saya
12. Rekan-rekan mahasiswa/i Program Studi D3 Keperawatan angkatan 2021, yang telah berjuang bersama selama 3 tahun, memberikan semangat , dukungan yang tiada henti.

Penulis menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih banyak terdapat kekurangan. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun motivasi kepercayaan diri. Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga laporan tugas akhir ini membawa manfaat bagi perkembangan ilmu.

Jakarta 25 juni 2024



Rizki Ogara

DAFTAR ISI

	hal
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Ruang Lingkup.....	4
D. Metode Penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI	6
A. Pengertian.....	6
B. Patofisiologi	7
1. Etiologi	7
2. Proses.....	12
3. Manifestasi klinis	16
4. Klasifikasi.....	18
5. Komplikasi	19
C. Penatalaksanaan	20
1. Terapi.....	20
2. Tindakan Medis Yang Bertujuan Untuk Pengobatan.....	21
D. Pengkajian Keperawatan.....	21
1. Aktivitas dan Istirahat	22
2. Sirkulasi.....	22
3. Pola eliminasi	22

4. Makanan dan cairan.....	22
5. Neurosensori.....	23
6. Nyeri/Kenyamanan.....	23
7. Pernapasan.....	23
8. Keamanan.....	23
9. Pemeriksaan Fisik.....	23
10. Pemeriksaan penunjang	24
E. Diagnosa Keperawatan.....	26
F. Perencanaan Keperawatan	27
G. Pelaksanaan Keperawatan.....	34
H. Evaluasi Keperawatan.....	35
BAB III TINJAUAN KASUS.....	38
A. Pengkajian.....	38
1. Identitas pasien	38
2. Resume	38
3. Riwayat kesehatan.....	39
4. Pengkajian Fisik	42
5. Data Tambahan.....	45
6. Data Penunjang.....	45
7. Penatalaksanaan.....	46
8. Data Fokus.....	46
9. Analisa Data	47
B. Diagnosis Keperawatan.....	50
C. Perencanaan, pelaksanaan, dan Evaluasi	50
BAB IV PEMBAHASAN.....	59
A. Pengkajian.....	59
B. Diagnosa Keperawatan.....	62
C. Perencanaan Perawatan.....	64
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	65
E. Evaluasi.....	66
BAB V PENUTUP.....	69
A. Kesimpulan	69

B. Saran.....	71
DAFTAR PUSTAKA	73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Pathway	75
Lampiran 2: Satuan Acara Penyuluhan.....	76
SATUAN ACARA PENYULUHAN	76
A. Tujuan.....	76
B. Metode.....	76
C. Media Penyuluhan.....	76
D. Evaluasi	76
Lampiran 3: Standar Operasional Prosedur	79
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM	79
Lampiran 4: Lembar Balik	82
Lampiran 5: Leaflet.....	86
Lampiran 6: USG	87
Lampiran 7: Analisa Obat	88
Lampiran 8: Balance Cairan.....	92
Lampiran : 9 lembar konsultasi.....	93

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Colik Abdomen adalah nyeri perut episodik yang berasal dari organ perut atau lambung dan disebabkan oleh infeksi pada organ perut. Banyak ahli juga yang mendefinisikan kolik perut sebagai suatu kondisi yang ditandai dengan kram atau kram parah yang mungkin disertai mual dan muntah.(Bachrudin & Najib, 2016).

Pravalensi Colic Abdomen berbeda-beda disetiap negara. Letak geografi suatu negara dan etnis memiliki peran besar dalam pravalensi penyakit Colic Abdomen. Di Amerika Serikat, pada tahun 2018 sekitar 20 juta orang (10-20 % 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 hal ini terjadi karna adanya perubahan lifestyle serta pola kebiasaan berbeda. Pravalensi Colic Abdomen di Eropa yaitu 5,15% berdasarkan beberapa survey pemeriksaan ultrasonografi. Di Asia pada tahun 2013 pravalensi Colic Abdomen berkisar antara 3% sampai 10%. Berdasarkan data terakhir prevalensi Colic Abdomen di negara Jepang sekitar 3,2% , china 10,7% india utara 7,1% dan Taiwan 5,0%.(Agarwal et al., 2020). Menurut data dari World Health Organization (WHO) pada tahun 2018 ± 7 miliar jiwa. Amerika Serikat berada diposisi pertama dengan

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.(Thakur & Kumar, 2019).*Colik Abdomen* di Indonesia cukup tinggi yaitu sekitar 91,6%. Penyebab utama sakit perut adalah makanan pedas dan makanan berbiji seperti lada, jambu biji, dan biji tomat. (Kemenkes RI, 2022).

Persentase *Colik Abdomen* pada kelompok umur 55-64 tahun (1,3%) mengalami sedikit penurunan dibandingkan kelompok umur 65-74 tahun (1,2%) dan kelompok umur 18 tahun ke atas dibandingkan kelompok umur 75 tahun (1,1%).). Nyeri minimal sebulan sekali (42%).(Cervellin et al., 2016). Berdasarkan gender, jumlah laki-laki lebih banyak (68,4%) dibandingkan perempuan (31,6%). Kelompok umur 10 sampai 19 tahun merupakan kelompok terbesar yaitu sebesar 24,5%. Sebagian besar pasien dengan nyeri perut menjalani laparotomi eksplorasi dan operasi usus buntu (63,5%). Lama mengidap 4 sampai 7 hari (45,9%). Insiden pasien dengan sakit perut sebagian bergantung pada status keluarnya cairan dan sebagian dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti usia dan jenis kelamin. (Shrestha & Adhikari, 2020).

Berdasarkan data rekam medis RSUD Koja periode Februari 2023 – Februari 2024 didapatkan bahwa pasien *colic abdomen* yang dirawat sebanyak 1517 pasien.

Penyebab *Colik Abdomen* adalah sembelit yang tidak dapat disembuhkan, dan gejala klinis kolik perut antara lain kram perut, kembung, muntah, dan sakit perut. Akhir-akhir ini peningkatan kram perut meningkat

dengan sangat cepat. Penyakit *Colik Abdomen* disebabkan oleh gaya hidup tidak sehat yang mempengaruhi kesehatan Anda. (Bachrudin & Najib, 2016).

Mengingat meningkatnya jumlah orang yang menderita *Colik Abdomen* dan beragamnya risiko penyakit terkait *Colik Abdomen* pengobatan menghadapi tugas yang sangat penting yaitu menerapkan tindakan stimulasi, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya promosi dapat dilakukan misalnya melalui pendidikan kesehatan tentang faktor risiko, gaya hidup dan pola makan yang tidak terkontrol pada pasien gagal ginjal akut. Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan mengedepankan pola hidup sehat, mengontrol asupan, dan berolahraga. Upaya pengobatannya antara lain melawan penyakit dengan menggunakan fasilitas kesehatan terdekat. Upaya rehabilitasi dilakukan dengan menyelenggarakan kegiatan pengobatan, menghormati proses pengobatan dan kontrol secara berkala..(Budiono, 2016). Untuk memenuhi peran seorang perawat, penulis ingin membahas lebih detail bagaimana cara memberikan perawatan pada pasien *Colik Abdomen* dengan pendekatan keperawatan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk menerapkan ilmu yang sudah dipelajari di bangku kuliah secara langsung serta memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Colic Abdomen* dengan pendekatan keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan *Colic Abdomen*.

- b. Mampu merumuskan masalah keperawatan yang ditemukan saat pengkajian pada pasien dengan *Colic Abdomen*.
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Colic Abdomen*.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan.
- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan *Colic Abdomen*.
- f. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, dan dapat mencari solusi dalam pemecahan masalah.
- g. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Colic Abdomen*.
- h. Mampu mengidentifikasi faktor faktor penduudkung, penghambat serta mencari solusi dan alternatif pemecahan masalah.

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya ilmiah ini, penulis hanya membahas mengenai “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. I dengan *Colic Abdomen* di Ruang Penyakit Dalam RSUD Koja Tanjung Priuk dari tanggal 28 sampai dengan 30 Mei 2024” menggunakan proses keperawatan dengan tahapan pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, implementasi, dan evaluasi Keperawatan.

D. Metode Penulisan

Penulis menggunakan metode deskriptif, metode penelitian dokumenter, dan metode kepustakaan dalam menyusun kajian ilmiah ini. Metode deskriptif adalah metode yang melibatkan pengumpulan dan penyajian data untuk memberikan informasi yang berguna. Metode yang digunakan adalah

dengan melakukan wawancara dan meminta anggota keluarga menjelaskan apa yang diujikan. Dalam hal ini dilakukan pemeriksaan fisik yang meliputi pemeriksaan *Colik Abdomen*, auskultasi, palpasi dan perkusi.

Mengerjakan dokumentasi, yaitu mengumpulkan data dari dokumentasi medis tentang penyakit dan mempelajari literatur, yaitu membaca dan menelaah buku-buku asli dan kajian ilmiah tentang penyakit.

E. Sistematika Penulisan

Adapun penulisan karya ilmiah ini disusun menjadi lima BAB yaitu : BAB I merupakan pendahuluan yang membahas tentang latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. BAB II merupakan tinjauan teori yang terdiri dari Pengertian, Patofisiologi (etiologi, proses, manifestasi klinis dan komplikasi), dan penatalaksanaan. BAB III merupakan tinjauan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. BAB IV merupakan pembahasan mengenai kesenjangan antara teori dan kasus termasuk faktor-faktor penghambat serta pemecahan masalah dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V merupakan penutup yang menguraikan kesimpulan dan saran

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Colic Abdomen Ini adalah gangguan aliran darah usus normal ke seluruh saluran usus. Obstruksi terjadi bila terjadi perubahan yang menghambat aliran maju isi usus, namun gerak peristaltik normal. Sakit perut adalah nyeri di antara dada dan selangkangan. Sakit perut bukanlah suatu diagnosis, melainkan gejala suatu penyakit. Sakit perut akut merupakan serangan nyeri perut parah dan terus-menerus yang terjadi secara tiba-tiba dan memerlukan pembedahan untuk mengatasi penyebabnya. Sakit perut yang berulang, Serangan sakit perut yang berlangsung, minimal tiga kali dalam setahun terakhir, dan mengganggu aktivitas sehari-hari.(Sommer et al., 2015).

Colic Abdomen adalah nyeri perut yang datang dan pergi dan disebabkan oleh rongga perut. Penyebab utamanya adalah infeksi pada rongga perut (buang air besar, radang kandung empedu, batu ginjal). Perawatan yang diberikan ditujukan untuk menghilangkan akar penyebab nyeri dan anggota tubuh yang terkena. Jika infeksi berasal dari kandung empedu atau kandung empedu, pembedahan mungkin termasuk pengangkatan kandung empedu. Batu saluran kemih adalah kondisi yang umum terjadi terjadi nyeri hebat yang dapat menyebabkan gagal ginjal. Batu saluran kemih adalah penyakit umum yang menyebabkan banyak rasa sakit dan dapat

menyebabkan gagal ginjal. jika tidak ditangani dengan cepat dan tuntas (Keogh, 2019).

Colic Abdomen merupakan salah satu keadaan darurat non trauma, dimana seorang penderita oleh karena keadaan kesehatannya memerlukan pertolongan secepatnya untuk dapat mencegah memburuknya keadaan penderita. *Colic Abdomen* juga merupakan suatu keadaan yang sangat membutuhkan pertolongan secepatnya tetapi tidak begitu berbahaya, karena kondisi penderita yang sangat lemah jadi penderita sangat memerlukan pertolongan dengan segera.(Hinkle & Cheever, 2017).

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Beberapa penyebab *Colic Abdomen* antara lain (Smeltzer & Bare, 2017):

a. Mekanis

1) Adhesi /perlengketan pascabedah (90% dari obstruksi mekanik)

Adhesi sel adalah proses biologis di mana sel-sel individu membentuk jaringan tubuh, seperti vena dan pembuluh darah (sistem vaskular). Adhesi sel penting untuk pembentukan morfologi sel, mitosis, pergerakan sel dan agregasi sel dalam tubuh. Proses adhesi sel berperan penting dalam beberapa penyakit, antara lain kanker, penyakit autoimun, dan trombosis..

2) Karsinoma

Karsinoma adalah tumor yang dapat berkembang biak dan merusak kulit dengan cara membungkus organ dan memperluas epitelnya. Tumor pada tubuh manusia dapat berupa sarcoma, leukemia, limfoma, blastoma, myeloma dan tumor germinal. Masing-masing Masing mempengaruhi jenis sel yang berbeda. Karsinoma tidak lebih dari 80% patogen, 90% lebih dari 90% patogen. Ketika epitel melapis, serta jaringan organ lain dan organ dalam, menjadi tidak aman, diperlukan jenis perawatan tersendiri. Karsinoma dapat terjadi akibat terbentuknya dan terbentuknya massa padat (tumor).

3) Volvulus

Volvulus berasal dari bahasa Latin *volvare*, yang berarti “berguling.” Volvulus adalah suatu kondisi di mana bagian usus di dalam usus itu sendiri berputar di sekitar mesenterium. Mesenterium bertindak sebagai sumbu memanjang dan menyebabkan penyumbatan saluran pencernaan. Ada berbagai jenis volvulus, yaitu volvulus usus tengah, volvulus lambung, dan kemudian volvulus usus besar (volvulus sigmoid dan volvulus usus).

4) Intususepsi

Intususepsi adalah suatu kondisi dimana usus berkontraksi dan menyerang bagian usus lainnya. Intususepsi biasanya terjadi di persimpangan usus kecil dan besar. Intususepsi dapat

menyebabkan perforasi atau obstruksi usus. Kondisi ini membuat makanan dan cairan sulit melewati usus, serta darah mengalir melalui usus.

5) Obstipasi

Obstipasi je adalah sinuk iang parah dari sembelit. Secara klinis, gejala sembelit dan sembelit niaris niaris. Bedania, obstipasi bisa sampai membuat menderinia tidak bisa BAB sama sekali dan juga tidak bisa buang angin. Selain itu, menderis obstipasi pun sarisen perutnia akan membuncit, memaksa, kembung, dan perseken mual muntah iang bantu. Obstipasi ini bisa berjalan karena constipasi tidak tertangani dengan baik. Jika tidak diobati, obstipasi bisa mempengaruhi kompleksitas dan tingkat keparahannya.

6) Polip

Polip Polip merupakan jaringan abnormal dan memiliki tangkai yang tumbuh di dalam tubuh. Polip biasanya berukuran kecil dan memiliki batang berbentuk jamur. Jaringan abnormal ini dapat berkembang dimana saja di tubuh manusia. Polip sering disalahartikan sebagai tumor berbahaya. Meskipun polip adalah tumor jinak, sebenarnya bukan sebuah kanker, Namun, Anda tetap perlu berhati-hati dengan polip karena merupakan jaringan yang berkembang secara tidak normal. Tidak menutup kemungkinan keberadaannya akan berkembang menjadi sesuatu yang ganas (kanker).

b. Fungsional (non mekanik)

Winkelman (2016) membagi penyebab fungsional kedalam beberapa bagian antara lain:

1) Ileus paralitik

Ileus paralitik Ini adalah gangguan transit usus yang disebabkan oleh kelumpuhan otot usus. Perubahan perpindahan usus menyebabkan ketidakmampuan mencerna makanan, yang menyebabkan sembelit pada usus. Obstruksi atau penyumbatan usus akibat ileus paralitik sering disebut dengan pseudo-obstruksi. Ileus paralitik menyebabkan makanan menumpuk di usus. Akibatnya, korban bisa mengalami sembelit, kembung, mual, dan muntah.

2) Lesi medulla spinalis

Lesi medula spinalis Ini adalah salah satu penyebab utama gangguan traumatis atau gangguan neurologis lainnya. Kekurangan ini dapat menyebabkan kerusakan di bawah cedera dan hilangnya fungsi, sehingga berdampak negatif pada berbagai sistem dalam tubuh.

3) Enteritis regional

Enteritis merupakan istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan berbagai gangguan pencernaan yang berkaitan dengan peradangan pada usus, khususnya usus halus. Peradangan tersebut dapat disebabkan oleh infeksi bakteri atau virus. Istilah ini

tidak digunakan secara spesifik untuk menggambarkan bagian usus kecil mana yang terkena. Peradangan dapat terjadi pada seluruh bagian usus halus, antara lain usus duabelas jari (duodenum), usus besar (jejunum), dan usus besar serap (ileum). Enteritis adalah bagian dari gastroenteritis (flu perut/muntah), peradangan pada usus kecil dan lambung. Beberapa penyakit yang berhubungan dengan penyakit ini adalah: kolitis ulserativa, maag, dan penyakit Crohn.

4) Ketidakseimbangan elektrolit

Gangguan elektrolit Ini adalah kondisi dimana kadar elektrolit dalam tubuh seseorang menjadi tidak seimbang, baik terlalu tinggi atau terlalu rendah. Kondisi kadar elektrolit yang tidak seimbang ini dapat menyebabkan berbagai perubahan fungsi organ tubuh. Bahkan pada kasus yang sangat parah, hal ini dapat menyebabkan kejang, koma, dan bahkan gagal jantung.

5) Uremia

Uremia adalah kondisi ketika kadar urea dalam tubuh sangat tinggi sehingga menjadi racun bagi tubuh. Uremia merupakan salah satu gejala utama dari gagal ginjal dan juga menjadi tanda tahap akhir penyakit ginjal kronis. Uremia bisa terjadi karena ginjal tidak dapat berfungsi dengan semestinya. Kondisi ini membuat ginjal tidak dapat menyaring dan membuang zat sisa metabolisme, termasuk urea, melalui urine. Akibatnya,

urea tetap berada di dalam darah. Uremia dapat berakibat fatal dan mengancam nyawa.

c. Etiologi Lain

Ignatavicius et al (2020) menjelaskan terdapat beberapa penyebab lain terjadinya *Colic Abdomen* :

- 1) Inflamasi peritoneum parietal : perforasi peritonitis, appendisitis, divertikulitis, pankreatitis, kolesistitis.
- 2) Kelainan mukosa visceral: tukak peptik, inflammatory bowel disease, kolitis infeksi, esophagitis.
- 3) Obstruksi visceral: ileus obstruksi, kolik biliar atau renal karena batu.
- 4) Regangan kapsula organ: hepatitis, kista ovarium, pielonefritis
- 5) Gangguan vaskuler: iskemia atau infark intestinal.
- 6) Gangguan motilitas: irritable bowel syndrome, dispepsia fungsional
- 7) Ekstra abdominal: trauma muskuloskeletal, infark miokard dan paru dan lainnya.

2. Proses

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 (Swearingen, 2016).

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 kedalam 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 kedalam usus. Efek lokal perengangan usus adalah iskemia akibat distensi dan peningkatan permeabilitas akibat nekrosis, disertai absorpsi toksin-toksin bakteri kedalam rongga peritoneum dan sirkulasi sistemik (Ignatavicius et al., 2020).

Akut abdomen terjadi karena nyeri abdomen yang timbul tiba-tiba atau sudah berlangsung lama. Nyeri yang dirasakan dapat ditentukan atau tidak boleh pasien 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 penjaran dari tempat lain. Oleh karena itu nyeri yang dirasakan bisa merupakan lokasi dari nyeri tersebut atau sekunder dari tempat lain (Smeltzer & Bare, 2017).

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 menyebar dan lebih lama dari rasa sakit yang di hantarkan 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 paravertebrala 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 dimulai 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 didaerah 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, reter, 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 ke labium atau skorum. Jika proses penyakit meluas ke peritorium maka impuls nyeri dihantarkan oleh serabut aferen stomatik ke radiks spinalis segmentalis (Swearingen, 2016).

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 (Keogh, 2019).

Juga diketahui ada hubungan yang kuat antara sakit perut berulang fungsional dengan tipe kepribadian tertentu, yaitu sering cemas/gelisah, dan selalu ingin sempurna. Pada anggota keluarga 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 (Winkelman, 2016).

3. Manifestasi klinis

Beberapa tanda dan gejala yang muncul pada pasien dengan *Colic Abdomen* antara lain (Swearingen, 2016):

a. Mekanika sederhana - usus halus

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

b. 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.

c. Mekanika sederhana - kolon

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

d. Obstruksi mekanik parsial

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

e. Strangulasi

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

f. Gejala lain yang berhubungan dengan nyeri abdomen

Anorexia nausea dan muntah konstipasi atau diare yang sering menyertai abdomen tetapi bukan merupakan gejala yang spesifik sehingga tidak memiliki nilai diagnostik tinggi.

1) Muntah

Saat distumulasi oleh serat aferen viseral sekunder, *the medullary vomiting centers* mengaktifasi serat eferen yang menginduksi reflek muntah. Oleh karena itu, nyeri abdomen akut biasanya terdapat muntah yang juga berlaku sebaliknya.

2) Konstipasi

Reflek ileus sering diinduksi oleh serat eferen visceral yang merangsang serat eferen saraf simpatis untuk menurunkan peristaltik usus. Konstipasi merupakan indikator absolute obstruksi usus. Namun obstipasi (tidak adanya pasase feses dan flatus) diperkirakan kuat sebagai obstruksi usus mekanik jika ada distensi abdomen dengan nyeri yang progresif atau muntah yang berulang.

3) Diare

Watery diare yang merupakan karakteristik dari gastrointestinal dan penyebab lain akut abdomen. Diare berdarah diperkirakan oleh ulseratif, crohn disease, basilar atau disentri amuba.

4) Nyeri

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 (Brady et al., 2014).

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 penjaran dari tempat lain. Oleh karena itu nyeri yang dirasakan bisa merupakan dari nyeri tersebut atau sekunder dari tempat lain (Bachrudin & Najib, 2016).

4. Klasifikasi

Pada garis besarnya sakit perut dapat dibagi menurut datangnya serangan dan lamanya serangan, yaitu akut atau kronik (berulang), yang kemudian dibagi lagi atas kasus bedah dan non bedah (pediatrik). Selanjutnya dapat dibagi lagi berdasarkan umur penderita, yang dibawah 2 tahun dan di atas 2 tahun, yang masing-masing dikelompokkan menjadi penyebab gastrointestinal dan luar gastrointestinal (Keogh, 2019).

- a. Colic Abdomen viseral adalah berasal dari organ dalam visceral dimana intervasi berasal dari saraf memiliki respon trauma terhadap distensi dan kontraksi otot, bukan karena iritasi lokal, robekan atau luka karakteristik nyeri viseral diantaranya sulit terlokalisir, tumpul, sumur, dan cenderung beralih ke area dengan struktue embrional yang sama.
- b. *Colic Abdomen* akut adalah nyeri yang dirasakan jauh dari sumber nyeri akibat perjalanan serabut saraf.

5. Komplikasi

Beberapa komplikasi yang terjadi pada pasien dengan masalah *Colic Abdomen* antara lain (Smeltzer & Bare, 2017):

- a. Kolik ureter (tersumbatnya aliran-aliran dari ginjal ke usus)

Kolik ginjal adalah kondisi timbulnya rasa sakit dan nyeri hebat yang seseorang rasakan saat batu atau endapan menghalangi saluran kemih. Kondisi ini juga dikenal dengan sebutan kolik renal. Sesuai namanya, kolik ginjal berkaitan dengan batu ginjal (nefrolitiasis) yang menjadi gejala yang dikeluarkan penderitanya. Batu atau endapan tersebut bisa timbul sepanjang sistem kemih termasuk pada ginjal, ureter, kandung kemih, hingga uretra.

- b. Kolik biliaris

Gejala yang umumnya timbul pada penderita cholelithiasis adalah kolik biliaris, yaitu rasa nyeri yang terlokalisir pada area epigastrium atau perut kanan atas dan dapat merambat ke area bahu

kanan. Nyeri yang muncul biasanya terjadi setelah makan dan berlangsung selama 1-5 jam.

c. Kolik intestinal (obstruksi usus lewatnya isi usus yang terhalang)

Kolik usus adalah nyeri yang berasal dari usus halus maupun usus besar. Kondisi ini disebabkan oleh berbagai gangguan pada usus besar, seperti peradangan, infeksi, hingga penyumbatan pada usus yang membuat makanan dan cairan tidak bisa melewati usus (ileus obstruktif).

C. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien dengan diagnosa medis *Colic Abdomen* antara lain yaitu (Keogh, 2019).

1. Terapi

- a. Penatalaksanaan secara farmakologi yaitu : Terapi Na + K + komponen darah; Ringer laktat untuk mengoreksi kekurangan cairan; Dekstrose dan air untuk memperbaiki kekurangan cairan intraseluler; Dekompresi selang nasoenternal yang panjang dari proksimal usus ke area penyumbatan selang dapat dimasukkan dengan lebih efektif dengan pasien berbaring miring ke kanan; Antasid (obat yang melawan keasaman); Antihistamine (adalah obat yang berlawanan kerja terhadap efek histamine) (Hinkle & Cheever, 2017).
- b. Penatalaksanaan kolik abdomen secara Non farmakologi yaitu : Koreksi ketidak seimbangan cairan dan elektrolit; Implementasikan pengobatannya untuk syok dan peritonitis; Hiperalimentasi untuk

mengoreksi defisiensi protein karena obstruksi kronik, ileus paralitik atau infeksi; Reseksi dengan anastomosis dari ujung ke ujung; Ostomi barrel ganda jika anastomosis dari ujung ke ujung terlalu beresiko; Kolostomi lingkaran untuk mengalihkan aliran feses dan mendekompresi usus yang dilakukan sebagai prosedur kedua.

2. Tindakan Medis Yang Bertujuan Untuk Pengobatan

Dalam pemberian tindakan medis ada beberapa prosedural yang dilakukan antara lain(Black & Hawks, 2014):

- a. Dekompresi selang nasoenteral yang panjang dari proksimal usus ke area penyumbatan; selang dapat dimasukkan dengan lebih efektif dengan pasien berbaring miring ke kanan.
- b. Hiperalimentation untuk mengoreksi defisiensi protein karena obstruksi kronik, ileus paralitik atau infeksi. Reseksi usus dengan anastomosis dari ujung ke ujung. Ostomi barrel-ganda jika anastomosis dari ujung ke ujung terlalu berisiko.
- c. Pemasangan Kolostomi lingkaran untuk mengalihkan aliran feses dan mendekompresi usus dengan reseksi usus yang dilakukan sebagai prosedur cadangan.

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya.

Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosa keperawatan (Rohmah & Walid, 2016).

Doenges (2014) mengatakan bahwa pola kesehatan fungsional pada *Colic Abdomen* ialah sebagai berikut:

1. Aktivitas dan Istirahat

Gejala: Keletihan, kelemahan, malaise. Tanda: Kelemahan otot, kehilangan tonus.

2. Sirkulasi

Tanda: Hipotensi/hipertensi (termasuk hipertensi malignan, eklampsia/hipertensi akibat kehamilan), disritmia jantung, nadi lemah, hipotomi ortostatik (hypovolemia), distensi vena jugularis, nadi kuat, oedema jaringan umum (termasuk area periorbital, mata kaki, sacrum), pucat/kecenderungan perdarahan.

3. Pola eliminasi

- a. Tanda: Perubahan warna urin contoh kuning pekat, merah, coklat, berawan, oliguria (biasanya 12-21 hari), polyuria (2-6 L/hari).
- b. Gejala: Perubahan pola berkemih biasanya peningkatan frekuensi/polyuria (kegagalan dini) atau penurunan berkemih/oliguria (fase akhir), dysuria, ragu-ragu, dorongan dan retensi (inflamasi/obstruksi, infeksi), abdomen kembung, diare atau konstipasi, riwayat BPH (Benigna Prostat Hiperplasia), batu/kalkuli.

4. Makanan dan cairan

- a. Tanda: Perubahan turgor kulit/kelembapan, oedema (umum, bagian bawah).

- b. Gejala: Peningkatan berat badan (oedema), penurunan berat badan (dehidrasi), mual, muntah, anoreksia, nyeri ulu hati, penggunaan diuretik.

5. Neurosensori

- a. Tanda: Gangguan status mental contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran (azotemia, ketidak seimbangan elektrolit/asam/basa).
- b. Gejala: Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot/kejang, sindrom “kaki gelisah”.

6. Nyeri/Kenyamanan

- a. Tanda: Perilaku berhati-hati/distraksi, gelisah.
- b. Gejala: Nyeri tubuh, sakit kepala.

7. Pernapasan

- a. Tanda: Nafas pendek.
- b. Gejala: Takipnea, dyspnea, peningkatan frekuensi, kedalaman (pernafasan Kussmaul); nafas ammonia, batuk produktif dengan sputum kental merah muda (oedema paru).

8. Keamanan

- a. Tanda: Demam (sepsis, dehidrasi), petekie, area kulit ekimosis, pruritus, kulit kering.
- b. Gejala: Adanya reaksi transfusi.

9. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan awal seringkali mengungkapkan individu yang berkeringat, pucat, dan rasa tidak nyaman. Muntah bisa menyertai rasa sakit. Kolik abdomen terkadang bisa dirasakan menyerupai nyeri atau kram perut biasa. Jika disebabkan oleh nyeri perut biasa, nyeri biasanya akan mereda dengan sendirinya dalam beberapa waktu atau setelah mengonsumsi obat tertentu. Sementara itu, pada kebanyakan kasus, kolik abdomen sering dirasakan tiba-tiba, bahkan tidak membaik setelah penggunaan obat pereda nyeri. Karena bisa disebabkan banyak hal dan nyeri yang dirasakan sangat parah. Dalam menentukan diagnosis dan mencari penyebab kolik abdomen yang dialami penderita, perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan serangkaian pemeriksaan penunjang, seperti tes darah dan urine serta pemeriksaan radiologi, seperti foto Rontgen, USG, dan CT scan rongga perut (Hinkle & Cheever, 2017).

10. Pemeriksaan penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang yang terjadi pada pasien dengan masalah *Colic Abdomen* antara lain (Lewis et al., 2014) :

- a. Pemeriksaan abdomen: Kolik abdomen terkadang bisa dirasakan menyerupai nyeri atau kram perut biasa. Jika disebabkan oleh nyeri perut biasa, nyeri biasanya akan mereda dengan sendirinya dalam beberapa waktu atau setelah mengonsumsi obat tertentu. Sementara itu, pada kebanyakan kasus, kolik abdomen sering dirasakan tiba-tiba, bahkan tidak membaik setelah penggunaan obat pereda nyeri. Dalam menentukan diagnosis dan mencari penyebab kolik abdomen yang dialami penderita perlu melakukan pemeriksaan fisik dan

- serangkaian pemeriksaan penunjang, seperti tes darah dan urine serta pemeriksaan radiologi, seperti foto Rontgen, USG, dan CT scan rongga perut.
- b. Pemeriksaan Laboratorium: HB (hemoglobin), PCV (volume sel yang ditempati sel darah merah): meningkat akibat dehidrasi, Leukosit : normal atau sedikit meningkat ureum + elektrolit, ureum meningkat, Na⁺ dan Cl⁻ rendah.
 - c. Penurunan kadar serum natrium, kalium dan klorida akibat muntah, peningkatan hitung SDP dengan nekrosis, strangulasi atau peritonitis dan peningkatan kadar serum amylase karena iritasi pankreas oleh lipatan khusus. Arteri gas darah dapat mengindikasikan asidosis atau alkalosis metabolic.
 - d. Rontgen toraks : diafragma meninggi akibat distensi abdomen usus halus (lengkung sentral, distribusi nonanatomis, bayangan valvula connives melintasi seluruh lebar usus) atau obstruksi besar (distribusi perifer/bayangan haustra tidak terlihat di seluruh lebar usus) serta dapat mencari penyebab (pola khas dari volvulus, hernia) dan enema kontras tunggal (pemeriksaan radiografi menggunakan suspensi barium sulfat sebagai media kontras pada usus besar) untuk melihat tempat dan penyebab.
 - e. CT Scan pada usus halus : mencari tempat dan penyebab, sigmoidoskopi untuk menunjukkan tempat obstruksi (Pasaribu, 2012) Barium enema menunjukkan kolon yang terdistensi, berisi udara atau lipatan sigmen yang tertutup.

E. Diagnosa Keperawatan

Standar diagnosa keperawatan Indonesia menurut (Tim Pokja SDKI PPNI,2017) didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang sering terjadi pada pasien dengan *Colic Abdomen* adalah sebagai berikut:

1. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) dan Agen pencidra fisik (mis. Abses, trauma, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).
2. Nausea Berhubungan dengan Gangguan biokimiawi (mis. uremia, ketoasidosis diabetik),Gangguan pada esophagus,Distensi lambung Iritasi lambung, Gangguan pancreas,Peregangan kapsul limpa,Tumor terlokalisasi (mis. neuroma akustik, tumor otak primer atau,sekunder, metastasis tulang di dasar tengkorak),Peningkatan tekanan intraabdominal (mis. keganasan intraabdomen),Peningkatan tekanan intracranial, Peningkatan tekanan intraorbital (mis. glaukoma),Mabuk perjalanan,Kehamilan,Aroma tidak sedap,Rasa makanan/minuman yang tidak enak,Stimulus penglihatan tidak menyenangkan,Faktor psikologis (mis. kecemasan, ketakutan, stres),Efek agen farmakologis,Efek toksin
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang,Perubahan metabolisme,Ketidakbugaran fisik,Penurunan kendali otot,Penurunan massa otot, Penurunan kekuatan otot,Keterlambatanperkembangan,Kekakuansendi,

- Kontraktur, Malnutrisi, Gangguan muskuloskeletal, Gangguan neuromuscular, Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, Efek agen farmakologis, Program pembatasan gerak, Nyeri, Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Kecemasan, Gangguan kognitif, Keengganan melakukan pergerakan, Gangguan sensoripersepsi
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Keterbatasan kognitif, Gangguan fungsi kognitif, Kekeliruan mengikuti anjuran, Kurang terpapar informasi, Kurang minat dalam belajar, Kurang mampu mengingat, Ketidaktahuan menemukan sumber informasi
 5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga.

F. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Dalam perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah & Walid, 2016).

Tim Pokja (SIKI DPP PPNI, 2018) mengatakan bahwa rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan *Colic Abdomen* berdasarkan diagnosa yang telah ditentukan adalah sebagai berikut:

1. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) dan Agen pencidra fisik (mis. Abses, trauma, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Tujuan: nyeri akut dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: Menunjukkan tingkat nyeri menurun, tanda – tanda vital membaik, pasien tidak meringis kesakitan

Intervensi:

Observasi

- 1) Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur

- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik

2. Nausea Berhubungan dengan Gangguan biokimiawi (mis. uremia, ketoasidosis diabetik),Gangguan pada esophagus,Distensi lambung Iritasi lambung, Gangguan pancreas,Peregangan kapsul limpa,Tumor terlokalisasi (mis. neuroma akustik, tumor otak primer atau,sekunder, metastasis tulang di dasar tengkorak),Peningkatan tekanan intraabdominal (mis. keganasan intraabdomen),Peningkatan tekanan intracranial, Peningkatan tekanan intraorbital (mis. glaukoma),Mabuk perjalanan,Kehamilan,Aroma tidak sedap,Rasa makanan/minuman yang tidak enak,Stimulus penglihatan tidak menyenangkan,Faktor psikologis (mis. kecemasan, ketakutan, stres),Efek agen farmakologis,Efek toksin.

Tujuan: Nausea teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: nafsu makan meningkat,keluhan mual menurun,perasaan ingin muntah menurun

Intervensi:

Observasi

- 1) Identifikasi pengalaman mual
- 2) Identifikasi syarat non verbal ketidak nyamanan (mis bayi,anak-anak dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif
- 3) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis nafsu makan,aktivitas)
- 4) Identifikasi factor penyebab mual
- 5) Identifikasi antiemik untuk mencegah mual
- 6) Monitor mual
- 7) Monitor asupan nutrisi dan kalori

Terapeutik

- 1) Kendalikan factor lingkungan penyebab mual (mis bau tak sedap,suara,dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan
- 2) Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis kecemasan,ketakutan)
- 3) Berikan makanandalam jumlah kecil dan menarik
- 4) Berikan makanan dingin atau makanan yang tidak berbau dan tidak berwarna

Edukasi

- 1) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
- 2) Anjurkan sering membersihkan mulut kecuali merangsang mual
- 3) Anjurkan makana tinggi karbohidrat an erndah lemak
- 4) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatsi mual (terapi music)

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian asntiemik, jika perlu
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang,Perubahan metabolisme,Ketidakbugaran fisik,Penurunan kendali otot,Penurunan massa otot, Penurunan kekuatan otot,Keterlambatanperkembangan,Kekakuan sendi,KontrakturMalnutrisi, Gangguan muskuloskeletal Gangguan neuromuscular,Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia,Efek agen farmakologis,Program pembatasan gerak,Nyeri,Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Kecemasan,Gangguan kognitif,Keengganan melakukan pergerakan,Gangguan sensoripersepsi

Tujuan: gangguan mobilitas fisik dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: Nyeri menurun,kecemasan menurun,gerakan terbat menurun

Intervensi:

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat mis pagar tempat tidur

- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
 - 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan mis duduk ditempat tidur
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Keterbatasan kognitif Gangguan fungsi kognitif, Kekeliruan mengikuti anjuran, Kurang terpapar informasi, Kurang minat dalam belajar Kurang mampu mengingat Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Tujuan: defisit pengetahuan teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: pertanyaan tentang masalah yang di hadapi menurun, perilaku membaik, perilaku sesuai pengetahuan meningkat

Intervensi:

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Teraupetik

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- 1) Jelaskan factor factor yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 2) Ajarkan prilaku hidup bersih dan sehat
- 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

5. Ansietas berhubungan dengan kerisis situasional,kebutuhan tidak terpenuhi,kerisis matuasional,ancaman terhadap konsep diri,ancaman terhadap kematian,kekhawatiran mengalami kegagalan,disfungsi system keluarga.

Tujuann: ansietas teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriterian hasil: Perilaku gelisah menurun,pola tidur membaik.

Intervensi:

Obervasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- 3) Monitor tanda tanda ansietas

Teraupetik

- 1) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika meyakinkan
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 4) Dengankan dengan penuh perhatian
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

Edukasi

- 1) Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang dialami
- 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis pengobatan dan prokmosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- 4) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 5) Latih teknik relaksasi

G. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang di tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan. Mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Budiono et al., 2015).

Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari rencana/intevensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung. Perawatan langsung adalah tindakan yang diberikan secara langsung kepada klien, perawat harus berinteraksi dengan klien, ada pelibatan aktif klien dalam pelaksanaan tindakan. Sedangkan perawatan tidak langsung adalah tindakan yang diberikan tanpa melibatkan klien secara aktif misalnya membatasi jam kunjung,

menciptakan lingkungan yang kondusif, kolaborasi dengan tim kesehatan (Doenges, 2018).

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pasien terdiri dari 3 jenis yaitu (Black & Hawks, 2014):

1. Tindakan Keperawatan Independen

Tindakan perawat secara mandiri yang dilakukan berdasarkan alasan ilmiah mencakup tindakan pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan, kegiatan harian dan konseling. Tindakan mandiri perawat ini tidak membutuhkan pengawasan atau arahan pihak lain.

2. Tindakan Keperawatan Dependen

Tindakan perawat yang tergantung dengan tim medis, perawat melakukan tindakan dibawah pengawasan oleh dokter atau dalam artian perawat melakukan instruksi tertulis atau lisan dari dokter. Misalnya tindakan pemberian obat.

3. Tindakan Keperawatan kolaboratif

Tindakan yang membutuhkan gabungan dari tim pengetahuan, keterampilan dan keahlian berbagai profesional layanan kesehatan. Rencana keperawatan disusun berdasarkan hasil kesepakatan.

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Budiono et al., 2015).

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Evaluasi ini akan mengarahkan asuhan keperawatan, apakah asuhan keperawatan yang dilakukan ke pasien berhasil mengatasi masalah pasien atau asuhan yang sudah dibuat akan terus berkesinambungan terus mengikuti siklus proses keperawatan sampai benar-benar masalah pasien teratasi (Doenges, 2018).

Proses evaluasi menentukan efektifitas asuhan keperawatan meliputi 5 unsur, yaitu pertama mengidentifikasi kriteria dan standar evaluasi, kedua mengumpulkan data untuk menentukan apakah kriteria dan standar telah terpenuhi, ketiga menginterpretasi dan meringkas data, keempat mendokumentasikan temuan dan pertimbangan klinis, kelima menghentikan atau meneruskan, atau merevisi rencana keperawatan berupa (LeMone et al., 2016):

1. Mengumpulkan data evaluatif

Pada situasi klinik, data evaluasi harus dikumpulkan dalam periode tertentu untuk menentukan adanya perubahan atau perbaikan.

2. Interpretasi dan menyimpulkan temuan

Perawat membuat penilaian tentang kondisi pasien sesuai temuan data yang diperoleh. Saat menginterpretasikan temuan, perawat membandingkan respon, gejala dan tanda yang diharapkan dengan temuan dilapangan/data klien.

3. Modifikasi rencana keperawatan

Modifikasi rencana keperawatan dilakukan jika hasil evaluasi kita ada temuan data baru yang mendukung timbulnya masalah keperawatan baru. Sehingga perawat harus merevisi daftar diagnosa keperawatan, dan menyusun rencana keperawatan baru sesuai dengan masalah yang baru ditemukan

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam Bab ini penulis akan menguraikan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. i dengan *Colic Abdomen* di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara pada tanggal 28 sampai dengan 30 Mei 2024. Pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan ini, penulis menggunakan proses keperawatan yang terdiri dari beberapa tahapan yaitu pengkajian, perumusan masalah keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Pasien bernama Tn. i berusia 41 tahun, status menikah, beragama Islam, suku bangsa Jawa, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, pendidikan tamat SMA, pekerjaan pegawai swasta, alamat: Jalan Jember Lorong 19 v. Sumber biaya BPJS PBI, sumber informasi berasal dari pasien, keluarga dan rekam medis, pasien masuk pada tanggal 27 Mei 2024 di ruangan Penyakit Dalam .

2. Resume

Pasien atas nama Tuan I usia 41 tahun dibawa ke RSUD Koja Jakarta Utara pasien datang dengan keluhan nyeri dengan skala 6/10

waktu masuk ke igd rsud koja pasien mengatakan sudah sering merasakan hal yang sama namun hanya memilih untuk rawat jalan saja Masalah keperawatannya yaitu Nyeri Akut, Defisit nutrisi dan Ansietas. Pasien sudah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam, pasien sudah diberikan Caftriaxone 1x2mg, ketorolac 2x1, Lonide 3x1 tablet dan Omeprazole 2x40mg, pasien mengatakan nyeri sedikit menurun.

3. Riwayat kesehatan

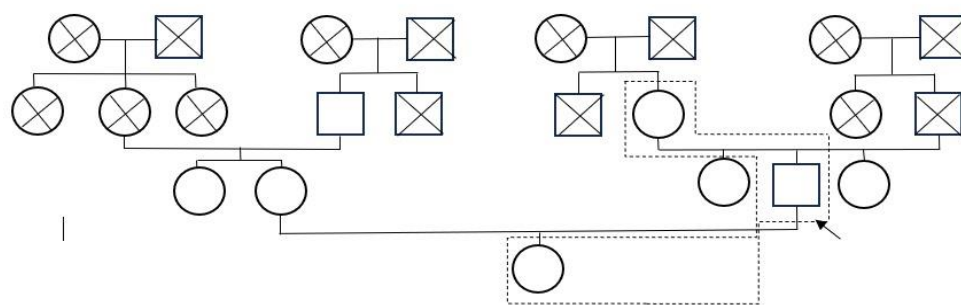
a. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan Nyeri Perut hebat, nyerinya muncul secara tiba-tiba.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien tidak mempunyai riwayat penyakit masa lalu

c. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan :

□ = Laki laki

○ = perempuan

X = meninggal

↗ = pasien

— = Keturunan

--- = Serumah

Gambar 3.1 Genogram

d. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga yang menjadi faktor resiko tidak ada.

e. Riwayat psikososial

Orang terdekat pasien adalah ibunya. Pola komunikasi dalam keluarga dua arah dimana pasien maupun keluarga selalu berkomunikasi untuk membicarakan sesuatu. Keputusan biasanya diambil oleh pasien dan keluarganya, dimana segala keputusan selalu didiskusikan terlebih dahulu dengan keluarga. Dampak penyakit terhadap keluarga yaitu keluarga sedih dengan penyakit yang diderita pasien sekarang dan ingin serius dalam pengobatan hingga sembuh. Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien tidak dapat beraktivitas seperti biasanya. Persepsi pasien terhadap penyakitnya yaitu ingin cepat sembuh, harapan pasien setelah menjalani perawatan bisa cepat pulang kerumah untuk beraktivitas seperti biasanya, perubahan yang dirasakan pasien setelah jatuh sakit yaitu ingin cepat sembuh dan akan mengontrol terus kondisi kesehatannya. Tidak ada nilai-nilai kesehatan yang bertentangan dengan kepercayaan pasien dan pasien selalu menjalani aktivitas keagamaannya dengan beribadah ke masjid dan membaca al-quran.

f. Pola kebiasaan

1) Pola nutrisi

Sebelum sakit : frekuensi makan pasien makan 3 kali/sehari, makan sering dan menghabiskan satu porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang

membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, tidak ada makanan diet, dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan.

Di rumah sakit frekuensi makan pasien 3x/hari dan hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi, nafsu makan pasien menurun, pasien ada mual. Pasien mendapatkan diet nutrisi. Pasien diberikan terapi obat Omeprazole 40ml (iv) pada pukul 07.00 WIB dan pukul 19.00 WIB, pasien tidak menggunakan alat bantu makan *Nasogastric Tube* (NGT).

2) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien BAK di rumah 4x/hari, warna kuning jernih dan tidak ada keluhan, pola BAB pasien 1x/hari, konsentrasi padat, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan dalam BAB dan tidak ada penggunaan Laxatif.

Saat di rumah sakit pasien pola aktifitas eliminasi pasien masih sama.

3) Pola personal *hygiene*

Sebelum sakit : pasien mandi 2x/hari pada pagi dan sore hari. Pasien melakukan oral *hygiene* 2x/hari dengan menggunakan pasta gigi pada pagi dan sore dan mencuci rambut setiap mandi

Saat di rumah sakit pasien mandi 2x/hari, waktu pagi hari dan sore hari, pasien melakukan oral *hygiene* 1x/hari dengan menggunakan pasta gigi ketika pagi hari, sejak masuk rumah sakit pasien belum pernah mencuci rambut

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit pasien tidur siang tidak tentu karena pasien disiang hari suka menonton tv dan tidur. Pasien tidur malam selama 7 jam. Kebiasaan pasien di rumah sebelum tidur nonton tv dan mengobrol dengan keluarga.

Saat di rumah sakit pasien tidur siang $\pm$ 3 jam/hari dan tidur malam 4 jam dan mengatakan saat di rumah sakit tidak bisa tidur karena nyeri di bagian perut sebelah kanan

5) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : pasien selalu jalan pagi disekitar rumahnya

Saat di rumah sakit pasien masih bisa beraktifitas secara mandiri.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien merokok, namun tidak minum-minuman keras dan tidak memakai narkoba dari dulu hingga sekarang, baik Sebelum sakit : maupun dirawat di rumah sakit.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien Sebelum sakit: 64 kg dan sesudah sakit 64 kg, tinggi badan pasien 163 cm. Tekanan darah : 126/80 mmHg, frekuensi nafas : 18x/menit, frekuensi nadi : 100 x/menit, suhu tubuh: 36.8°C, keadaan umum tampak sakit sedang dan tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah muda, kornea normal tidak terdapat perdarahan, sklera anikterik, pupil mata isokor, tidak ada kelainan otot mata, fungsi penglihatan kedua mata baik, tidak terdapat tanda-tanda radang di kedua mata, pasien tidak menggunakan kacamata, tidak memakai lensa kontak dan terhadap cahaya positif.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga pasien normal, bentuk telinga normal dan simetris, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak terdapat tinnitus, fungsi pendengaran pasien baik, tidak terdapat gangguan keseimbangan dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Sistem wicara pasien tidak pelo, dan tidak bisu.

e. Sistem pernapasan

Pasien tidak sesak nafas dan tidak menggunakan otot pernapasan. Nafas tidak berbau keton, frekuensi nafas 20x/menit dengan irama nafas cukup teratur, jenis nafas spontan, kedalaman nafas dalam, suara nafas ronkhi, tidak ada nyeri saat bernafas dan pasien tidak menggunakan alat bantu pernafasan.

f. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi Perifer

Frekuensi Nadi 100x/menit dengan irama teratur dan denyut kuat, tekanan darah 126/80 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis, temperatur kulit hangat, warna kulit normal; pengisian kapiler <2 detik, tidak ada edema.

2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut jantung 104x/menit dengan irama teratur, tidak terdapat kelainan bunyi jantung dan tidak ada nyeri dada.

g. Hematologi

Pasien tidak pucat dan tidak ada perdarahan.

h. Sistem saraf pusat

Pasien tidak mengeluh sakit kepala dengan kesadaran compos mentis, tidak ada perubahan status mental, *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15 (E: 4, M: 5, V: 5). Tidak ada tanda-tanda Tekanan Intra Kranial (TIK).

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut, yaitu terdapat karies pada gigi bavian belakang , bagian gusi belakang. Tidak ada stomatitis, lidah pasien terlihat bersih, pengeluaran saliva normal dan saat pengkajian pasien mengalami mual namun tidak terdapat muntah, bising usus pasien 9 x/menit, pasien tidak mengalami diare, pasien mengatakan nyeri diperut terutama ketika ditekan, nyeri skala 6, seperti melilit , nyerinya menetap dan akan hilang sekitar 15-20 menit. Hepar tidak teraba dan abdomen pasien normal.

j. Sistem endokrin

Tidak terdapat kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, pasien tidak memiliki riwayat diabetes militus.

k. Sistem urogenital

Keseimbangan cairan pasien normal dalam 24 jam dengan intake total 700 ml terdiri dari Infus 300 ml, minum 400 ml dan output total 400 ml terdiri dari urin 400 ml dalam 24 jam

l. Sistem integumen

Turgor kulit baik dengan temperatur hangat, warna kulit kemerahan, keadaan kulit baik. Area pemasangan infus baik, tidak ada flebitis dan tidak bengkak. Keadaan rambut baik dan bersih.

m. Sistem muskuloskeletal

Pergerakan pasien tidak terbatas dan tidak terdapat masalah pada ekstremitas, , pasien tidak mengalami kontraktur, tidak ada kelainan pada bentuk tulang, sendi dan tulang belakang, keadaan tonus baik, kekuatan tonus otot kedua ekstermitas baik.

5. Data Tambahan

Pasien dan keluarga belum tau sama sekali tentang penyakitnya, bahkan sering terjadi sampai 3x hal yang sama namun pasien hanya datang ke rsud koja dan minta untuk rawat jalan karena menganggap penyakitnya hanya penyakit biasa.

6. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 27 Mei 2024 adalah
Pemeriksaan laboratorium :

Hematologi Haemoglobin ;13.5g/Dl 13.5-18.0, Leukosit ;**11.61**
 $10^3/\mu\text{L}$ 4.00-10.50, Hematokrit **41.0%** 42.0-52.0, MCV **69** fl 78-
 100, NCH **23** pg 27-31, Trombosit $309 \times 10^3/\mu\text{L}$ 163-337, Eosinofil 0,9 %
 0.8-7.0, Neutrofil **68,6** % 34.0-67.9, Limfosit 21.10 % 21.8-53.1, Monosit
 6.2 % 5.3-12.2, Kalium 3.45 mEq/L 3.5-5.0, Klorida 105 mEq/L 96-108,
 Kreatinin 1,32 mg/dl 0.67-1.17, Nonosit **3,9** % 5,3-12,2

Elektrolit Natrium 143 mEq/L 135-147, Kalium **3,45** mEq/L 3,5-
 5,0, Klorida 105 mEq/L 96-108,

Hasil Pemeriksaan Radiologi pertama pada tanggal 28 Mei 2024:
 pemeriksaan USG *Abdomen* dengan hasil klinis: nyeri RUQ

7. Penatalaksanaan

Infus Asering + KCL, Terapi : Obat injeksi : Caftriaxone 1x2 (iv),
 Ketorolac 2x1 ml (iv), Omeprazole 2x40 ml (iv), Lonide 3x1 tablet (oral)

8. Data Fokus

Data subjektif: Pasien mengatakan nyeri perut sebelah kanan Pasien mengatakan nyeri ketika ditekan dan menetap, Pasien mengatakan skala nyeri 6, Nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan sulit tidur, pasien mengatakan mual dan kurang nafsu makan, Pasien mengatakan sulit tidur Pasien mengatakan istirahat tidak cukup Karena nyeri, Pasien merasa cemas saat bergerak. pasien menanyakan tentang penyakitnya, Pasien mengatakan tidak mampu rileks, pasien tampak gelisah.

Data Objektif: Pasien tampak meringis ketika ditekan pada perut kanan, Pasien tampak gelisah, Ttv : Td: 126/80 mmhg N: 100 S: 36 cc, Pasien tampak meringis ketika ditekan pada perut kanan, Gerakan pasien terbatas, pasien tampak tidak memahami tentang penyakitnya, Pasien nampak hanya menghabiskan makanan setengah porsi, Pasien mengatakan sering makan makanan yang pedas,

9. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan nyeri bagian perut sebelah kanan b. P: nyeri pada perut Q: melilit R: perut bagian kanan S: 6 T: 15- sampai 20 menit c. Pasien mengatakan nyeri seperti melilit	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisiologis

	Data Objektif : a. Pasien tampak meringis ketika ditekan pada perut kanan b. Frekuensi Nadi : 100x/menit; c. Pasien tampak gelisah		
2	Data Subjektif: a. Pasien mengatakan mual namun tidak muntah b. Nafsu makan menurun Data Objektif: a. Pasien nampak hanya menghabiskan makanan setengah porsi b. Pasien mengatakan sering makan makana yang pedas	Nausea	Rasa makanan tidak sedap
3	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan sulit tidur b. Pasien mengatakan	Gangguan Mobilitas fisik	Nyeri

	istirahat tidak cukup Karena nyeri c. Pasien merasa cemas saat bergerak Data Objektif : a. Gerakan pasien terbatas		
4	Data Subjektif: a. Pasien enggan tentang penyakitnya Data Objektif : a. Pasien tampak tidak memahami tentang penyakitnya	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi
5	Data Subjektif: a. Pasien merasa cemas akibat dari penyakit yang dirasakan sekarang Data Objektif b. Pasien tampak gelisah	Ansietas	Krisis situasional

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisa data, diagnosa keperawatan yang muncul disusun sesuai prioritas sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Nausea berhubungan dengan rasa makanan tidak sedap
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

C. Perencanaan, pelaksanaan, dan Evaluasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

Data subjektif Pasien mengatakan Pasien mengatakan nyeri bagian perut sebelah kanan P: nyeri pada perut Q: melilit R: perut bagian kanan S: 6 T: 15- sampai 20 menit Pasien mengatakan nyeri seperti melilit:

Data Objektif: Pasien tampak meringis ketika ditekan pada perut kanan, Frekuensi Nadi : 100x/menit, Pasien tampak gelisah

Tujuan: Nyeri akut dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam.

Kriteria hasil: skala nyeri menurun dengan skala <2/10 atau hilang dengan skala nyeri 0/10, tanda-tanda vital dalam batas normal TD:120/80; RR:20x/menit; suhu:36,5°C; frekwensi nadi: 80x/menit, pasien dapat melakukan teknik relaksasi.

Rencana tindakan:

- a. Observasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Berikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri
- e. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- f. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri
- g. Pemberian analgetik : Paracetamol 3 x 500 mg.

Pelaksanaan:

Tanggal 28 Mei 2024

Pukul 08.00 WIB memonitor dan mengobservasi skala nyeri pasien, “nyerinya melilit dan seperti ditekan beban berat, skalanya 4/10”. Pukul 08.30 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien : tanda-tanda vital: tekanan darah : 125/88 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36°C. Pukul 11.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik pengalihan atau distraksi : pasien terlihat sudah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan mengalihkan nyerinya dengan tidur. Pukul 3.00 WIB memberikan lingkungan nyaman : pasien mengatakan lingkungan tempat tidurnya sudah nyaman. Pukul 17.00 WIB mengkolaborasikan pemberian obat omeprazol 40 mg sesuai anjuran dokter 2 x/hari (IV) Pukul 18.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien : tanda-tanda vital: tekanan darah : 120/80 mmHg, frekuensi nadi 83x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,2°C.

Tanggal 29 Mei 2024

Pukul 08.30 WIB Memonitor skala nyeri pasien, “nyeri saya sekarang 3/10, tidak seperti kemarin”, Pukul 08.45 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien : tanda-tanda vital: tekanan darah : 130/87 mmHg, nadi 93x/menit, frekuensi napas 21x/menit, suhu 36,8°C, Pukul 09.00 WIB mengkolaborasikan pemberian terapi antibiotik ceftriaxone 2 mg sesuai anjuran dokter 1 x/hari, dan pemberian antibiotik omeprazole 40 mg (iv) Pukul 13.30 WIB memberikan lingkungan nyaman : pasien mengatakan lingkungan tempat tidurnya sudah nyaman. dan memonitor tanda-tanda vital pasien : tanda-tanda vital : tekanan darah : 138/80 mmHg, frekuensi nadi 83x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,2°C

Tanggal 30 Mei 2024

Pukul 08.30 WIB memonitor skala nyeri pasien dan megkaji tanda-tanda vital pasien, pasien mengatakan skala nyeri nya sudah turun menjadi 1/10, tanda vital pasien : tanda-tanda vital : tekanan darah: 128/85 mmHg, frekuensi nadi 89x/menit, frekuensi napas 21x/menit, suhu 36,5°C Pukul 09.00 WIB mengkolaborasikan pemberian terapi anatibiotik ceftriaxone 40 mg dan pemberian obat oral lonide 1 tablet (oral) Pukul 11.30 WIB memberikan lingkungan nyaman : pasien mengatakan lingkungan tempat tidurnya sudah nyaman.

Evaluasi

Tanggal 30 Mei 2024, pukul 09.00 WIB

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan:

Subjektif: pasien mengatakan “sekarang nyeri saya sudah tidak seperti kemarin, sudah berkurang skalanya kira-kira 4/10”, pasien mengatakan “iya jika nyeri saya timbul, ketika melakukan gerakan masih terasa nyeri”

Objektif: hasil tanda-tanda vital pasien pukul 08.30 WIB : tanda-tanda vital : tekanan darah : 125/85 mmHg, frekuensi nadi 89x/menit, frekuensi napas 21x/menit, suhu 36,5°C, pasien mendapatkan pemberian terapi antibiotic ceftriaxone 40 mg sesuai anjuran dokter 1 x/hari (IV) dan obat nyeri lonide (oral

Analisa: masalah keperawatan nyeri akut teratasi.

Perencanaan: tindakan keperawatan dilanjutkan sesuai point a, b, c, d, e.

2. Nausea berhubungan dengan Rasa makanan tidak sedap Ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengatakan mual jika makan, pasien mengatakan nafsu makannya menurun, Pasien mengatakan makan hanya habis ¼ porsi, pasien mengatakan suka mengkonsumsi makanan yang dibawa oleh emaknya . Pasien mengatakan suka mengkonsumsi makana pedas seperti ayam geprek

Data Objektif: Pasien nampak hanya menghabiskan makanan setengah porsi, Pasien mengatakan sering makan makanan yang pedas

Tujuan : nausea membaik Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam.

Analisa: nausea teratasi

Rencana Keperawatan :

- a. Identifikasi pengalaman mual
- b. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup
- c. Identifikasi factor penyebab mual
- d. Monitor mual
- e. Monitor asupan nutrisi

Pelaksanaan :

Tanggal 28 Mei 2024

Pukul 09.00 WIB Mengidentifikasi pengalaman mual, pasien mengatakan mual saat mencoba makanan di rumah sakit. Pukul 9.30 WIB Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas tidur, pasien mengatakan susah untuk makan kecuali dibawa makanan dari rumah. Pukul 10.00 WIB Mengidentifikasi factor penyebab mual, pasien mengatakan pada saat mencoba makanan dari rumah sakit. Pukul 10.40 WIB Memonitor mual, pasien mengatakan mual ketika bangun tidur. Pukul 11.40 WIB Mengajukan istirahat dan tidur, pasien mengatakan untuk istirahat. Pukul 12.00 WIB Mengukur tanda tanda vital, Td: 120/80 mmhg N: 100x/menit S: 36 cc dan memberikan kolaborasi antibiotik ceftriaxone 2 mg (iv) dan obat lonide 1 tablet (oral).

Tanggal 29 mei 2024

Pukul 08.00 WIB Memonitor asupan nutrisi, pasien mengatakan menghabiskan makana setengah porsi, Pukul 9.30 WIB Mengidentifikasi dampak mual terhadap kulaitas tidur, pasien mengatakan susah untuk makan kecuali dibawaakan makanan dari rumah. Pukul 10.00 WIB Mengidentifikasi factor penyebab mual, pasien mengatakan pada saat mencoba makanan dari rumah sakit. Pukul 10.40 WIB Memonitor mual, pasien mengatakan mual ketika bangun tidur. Pukul 11.40 WIB Mengajukan istirahat dan tidur, pasien mengatakan untuk istirahat. pukul 12.00 WIB Mengukur tanda tanda vital, Td: 110/70 mmhg N: 90x/menit S: 36 cc dan memberikan kolaborasi antitotik ceftriaxone 2 mg (iv) dan obat lonide 1 tablet (oral).

Tanggal 30 Mei 2024

Pukul 09.00 WIB Mengidentifikasi pengalaman mual, pasien mengatakan mual saat mencoba makanan di rumah sakit. Pukul 9.30 WIB Mengidentifikasi dampak mual terhadap kulaitas tidur, pasien mengatakan susah untuk makan kecuali dibawaakan makanan dari rumah. Pukul 10.00 WIB Mengidentifikasi factor penyebab mual, pasien mengatakan pada saat mencoba makanan dari rumah sakit. Pukul 10.40 WIB Memonitor mual, pasien mengatakan mual ketika bangun tidur. Pukul 11.40 WIB Mengajukan istirahat dan tidur, pasien mengatakan untuk istirahat. pukul 12.00 WIB Mengukur tanda tanda vital, Td: 110/80 mmhg N: 87x/menit S: 36 cc dan memberikan kolaborasi antitotik

ceftriaxone 2 mg (iv) dan obat lonide 1 tablet (oral), omeprazole 40 mg (iv)

Evaluasi

Tanggal 30 Mei 2024 pukul 10.00

Subjektif :. Pasien mengatakan mual jika makan, pasien mengatakan nafsu makannya mulai membaik, Pasien mengatakan makan hanya habis 1 porsi, pasien mengatakan suka mengkonsumsi makanan yang dibawa oleh emaknya.

Objektif : Pasien nampak mulai bias menghabiskan 1 porsi makanan

Analisa : masalah keperawatan nausea teratasi

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan (b,d, e,f dan h)

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri Ditandai dengan:

- 1. Data Subjektif** : Pasien mengatakan sulit tidur,Pasien mengatakan istirahat tidak cukup Karena nyeri,Pasien merasa cemas saat bergerak.

Data Objektif : Gerakan pasien terbatas

Tujuan: Gangguan mobilitas fisik dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam.

Kriteria hasil: Gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil nyeri menurun,kecemasan menurun,gerakan terbatas menurun.

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan

- c. Fasilitasi melakukan pergerakan
- d. Monitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi
- e. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Pelaksanaan:

Tanggal 28 Mei 2024

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, masih merasa nyeri dibagian perut kanan. Pukul 08.45 WIB mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan. 10.00 WIB monitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi. Pukul 10.30 jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.

Tanggal 29 Mei 2024

Pukul 09.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, masih merasa nyeri dibagian perut kanan. Pukul 09.45 WIB mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan. 10.00 WIB monitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi. Pukul 10.30 jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.

Tanggal 30 Mei 2024

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, masih merasa nyeri dibagian perut kanan. Pukul 08.45 WIB mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan. 10.00 WIB monitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi. Pukul 10.30 jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.

Evaluasi

Tanggal 30 Maret 2024, pukul 09.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan “saya sudah biasa untuk melakukan pergerakan secara mandiri karena tidak terlalu sakit lagi perut”

Objektif: hasil tanda-tanda vital pasien pukul 08.30 WIB : : tanda-tanda vital : tekanan darah : 128/85 mmHg, frekuensi nadi 89x/menit, frekuensi napas 21x/menit, suhu 36,5°C, pasien sudah tidak tampak cemas

Analisa: masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi

Perencanaan: Intervensi dihentikan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus yang ada pada saat penulis memberikan asuhan keperawatan pada Tn. I dengan kasus *Colic Abdomen* di ruang penyakit dalam kamar 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta yang telah dilaksanakan dari tanggal 28-Mei-2024 sampai 30-Mei-2024. Selain itu penulis juga akan membahas mengenai faktor pendukung serta faktor penghambat yang ditemukan penulis pada saat memberikan asuhan keperawatan pada Tn. I serta alternatif pemecahan masalah yang penulis berikan selama melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Data yang telah dikumpulkan melalui pengkajian berupa data pengkajian, observasi, wawancara yang dilakukan pada pasien maupun keluarga pasien. Sedangkan data sekunder diperoleh dari catatan medis maupun tim kesehatan lainnya.

Pada etiologi ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus dimana dari materi ada 2 penyebab ada mekanis disebabkan oleh adhesi atau perlengketan usus atau bias terjadi karsinoma atau kanker dan non mekanis disebabkan oleh ileus paralitik terjadi karena ketidak seimbangan

elektrolit, sedangkan pada kasus bisa disebabkan oleh iritasi pada kantong empedu. Manifestasi yaitu nyeri parah pada saat pasien datang ke rumah sakit, terus menerus dan terlokalisir; distensi sedang; muntah persisten; biasanya bising usus menurun dan nyeri tekan terlokalisir hebat, dan waktu penulis melakukan pengkajian pasien hanya merasa nyeri sedang dari 6/10 dan pasien hanya mual dan tidak terdapat muntah.

Pada manifestasi klinis ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Pada teori dikatakan komplikasinya. Sedangkan pada kasus ditemukan hanya di temukan pemeriksaan tekan pada bagian yang nyeri dimana pada bagian abdomen sebelah kanan atau bagian kantong empedu.

Pada Penatalaksanaan ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, pada teori dikatakan untuk pasien *Colik Abdomen* adalah Dekompresi selang untuk menurunkan asam lambung, nasoenteral, dan pemasangan kolostomi pada area pasca operasi. Sedangkan dalam kasus, ada pemberian obat antiinflamasi obat ketorolac untuk meredakan nyeri pada bagian yang terasa sakit, dan obat oral lonide yang digunakan untuk menangani nyeri pada otot saluran pencernaan.

Pada Pemeriksaan penunjang tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, pada teori dijelaskan pemeriksaan penunjang pada kasus *Colik Abdomen* pemeriksaan penunjangnya adalah pemeriksaan CT Scan pada usus halus, dan Rontgen pada thoraks dan penurunan kalium, sedangkan pada kasus ditemukan pemeriksaan penunjang yang sama yaitu pemeriksaan CT Scan pada usus halus, Rontgen pada thoraks dan penurunan kalium.

Pada pengakajian dalam teori asuhan keperawatan berat badan pasien Sebelum sakit: 64 kg dan sesudah sakit 63 kg, tinggi badan pasien 160 cm. Tekanan darah : 126/80 mmHg, frekuensi nafas : 20x/menit, frekuensi nadi : 104x/menit, suhu tubuh: 36.8°C, keadaan umum tampak sakit sedang dan tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik namun dalam teori dijelaskan bahwa pada pasien *Colic Abdomen* dengan masalah inflamasi akan ditemukan pembengkakan kelenjar getah bening.

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah muda, kornea normal tidak terdapat perdarahan, sklera anikterik, pupil mata isokor, tidak ada kelainan otot mata, fungsi penglihatan kedua mata baik, tidak terdapat tanda-tanda radang di kedua mata, pasien tidak menggunakan kacamata, tidak memakai lensa kontak dan terhadap cahaya positif. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik namun dalam teori dijelaskan bahwa pada pasien *colic abdomen* dengan bisa ditemukan tanda berupa sklera ikterik karena akibat penumpukan kadar bilirubin dalam darah.

Keadaan mulut, yaitu terdapat karies pada bagian gusi belakang. Tidak ada stomatitis, lidah pasien terlihat bersih, pengeluaran saliva normal dan saat pengkajian pasien mengalami mual namun tidak terdapat muntah, bising usus pasien 9 x/menit, pasien tidak mengalami diare, pasien mengatakan nyeri diperut terutama ketika ditekan, nyeri skala 5, seperti melilit, nyerinya menetap dan akan hilang sekitar 15-20 menit. Hepar tidak teraba dan abdomen pasien normal. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak

ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik namun dalam teori dijelaskan bahwa pada pasien *colic abdomen* dengan masalah inflamasi usus akan ditemukan bunyi bising usus yang tidak normal.

Faktor pendukung yang penulis rasakan saat pengkajian yaitu, pasien kooperatif saat menjawab pertanyaan saat dikaji, penulis dapat memantau langsung fisik dan keadaan pasien. Penulis dapat melihat langsung data untuk pengkajian melalui rekam medis, dan perawat ruangan dengan mudah.

Faktor penghambat yang penulis rasakan yaitu penulis mendapatkan data yang berbeda dengan rekam medis. Ternyata pasien tidak jujur untuk beberapa data seperti identitas. Pasien harus melakukan pendekatan yang baik sehingga pasien memberikan data yang benar. Solusinya dalam penghambat ini yaitu dengan bertanya langsung dengan perawat ruangan yang kebetulan sudah merawat pasien tersebut dengan pasien dan keluhan yang sama.

B. Diagnosa Keperawatan

Dalam teori ditemukan lima diagnosa keperawatan namun dalam kasus penulis hanya menemukan tiga diagnosa yang sama menurut teori yaitu nyeri akut,nausea,gangguan mobilitas fisik,defisit pengetahuan,ansietas. Untuk diagnosa yang penulis ambil yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis, Nausea berhubungan dengan rasa makanan yang tidak sedap,ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Diagnosa gangguan rasa nyaman tidak diangkat oleh penulis karna hasil pengkajian yang tidak sesuai dengan tanda mayor dan minor pada diagnosa

tersebut. Sedangkan Diagnosa gangguan pola eliminasi tidak penulis ambil dikarenakan pasien tidak mengalami diare atau pada pola eliminasi.

Terdapat satu diagnosa yang ada pada kasus namun tidak ada pada teori ansietas berhubungan dengan krisis situasional penulis mengangkat dikarenakan pasien khawatir akan keadaan yang dialami sekarang.

Terdapat satu diagnosa yang ada pada kasus namun tidak ada pada teori yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional penulis mengangkat dikarenakan pasien khawatir akan keadaan yang dialami sekarang dan pasien tampak gelisah, mengeluh sulit tidur karena memikirkan penyakit yang dialami sekarang.

Faktor pendukung pada penentuan diagnosa dibantu dengan adanya buku SDKI yang membantu penulis menentukan diagnosa apa yang cocok baik dengan keadaan pasien maupun dengan teori. Adanya buku ini sekaligus menjadi pertimbangan penulis dalam menyusun asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien. Adapun persyaratan dari diagnosa keperawatan ialah perumusan wajib jelas dan singkat dari respons klien terhadap situasi yang dihadapi, spesifik dan akurat, memberikan arahan pada askep, bisa dikerjakan oleh perawat dan mencerminkan keadaan kesehatan klien (Zulfikar, 2015).

Faktor penghambat yang dirasakan penulis pada penyusunan diagnosa yaitu dimana data pasien tidak sesuai dengan diagnosa yang ada di dalam teori menurut Manurung et al (2020) dengan memiliki kesenjangan dimana yang sama hanya tiga diagnosa dari lima diagnosa. Untuk solusi penulis melakukan pengkajian lebih dalam, membandingkan data yang sesuai dengan

keadaan pasien dan teori dengan membaca pembahasan teori menurut sumber lain, berkonsultasi dengan pembimbing, lebih memprioritaskan diagnosa dengan data saat pengkajian saat itu bukan yang lalu.

C. Perencanaan Perawatan

Perencanaan merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Perencanaan juga merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Salah satu sistem yang disusun adalah dengan menyusun struktur pencatatan keperawatan dengan elektronik yang terintegrasi dengan standar keperawatan internasional untuk mendukung kecakapan dan keakuratan perencanaan keperawatan dalam clinical pathway process (Budiono, 2016).

Diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis terdapat perencanaan yang ada pada teori namun tidak direncanakan kepada pasien yaitu Intervensi identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri dikarenakan pasien bisa mengetahui bahwa nyeri bisa menghambat aktivitas pasien.

Diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri penulis tidak melakukan beberapa intervensi hal ini disebabkan karna intervensi keperawatan tersebut sudah dilakukan pada diagnosa yang lain seperti tanda-tanda vital dan beberapa tindakan keperawatan yang lain. Dari banyak

masalah yang dialami pasien, perawat perlu mengidentifikasi masalah yang terlebih dahulu diatasi.

Pengkajian identitas budaya dapat menjadi strategi untuk pemberian intervensi yang sesuai, karena jika ada hambatan pada intervensi yang diberikan dengan kepercayaan atau kebudayaan pasien maka akan menyebabkan pasien merasa terbebani, merasa tidak dipahami dan merasa bahwa budaya mereka terabaikan oleh sistem pelayanan kesehatan (Darsini, 2019).

Faktor pendukung pada perencanaan keperawatan yaitu data pasien sinkron dengan data mayor minor pada buku SDKI. Sehingga mempermudah merencanakan asuhan keperawatan. Membandingkan dengan kondisi pasien, status kesehatan di rekam medis menunjang penulis melakukan perencanaan keperawatan yang tepat.

Faktor penghambat pada perencanaan keperawatan, ada perencanaan yang tujuannya sama tetapi dengan kata berbeda. Solusinya penulis hanya merencanakan salah satu perencanaan yang umum sering dilakukan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Penulis melakukan pelaksanaan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah ditulis, pelaksanaan keperawatan ini berjalan selama 3x24 jam, dan semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis sudah dokumentasikan dalam catatan keperawatan.

Dalam diagnosa pertama, nyeri akut yaitu Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri tidak dilakukan karena pasien bisa mengontrol lingkungan secara mandiri dengan cara menutup tirai kamar pasien

Dalam melakukan tindakan keperawatan perawat perlu mengetahui alasan ilmiah pasien harus mendapatkan tindakan keperawatan. perawat perlu membekali diri dengan pengetahuan keperawatan yang menyeluruh. Serta Keterampilan interpersonal digunakan pada saat perawat berkomunikasi dengan pasien, keluarganya dan anggota tim kesehatan. Perhatian dan rasa saling percaya ditunjukkan ketika anda komunikasi secara terbuka dan jujur. Penyuluhan dan konseling harus dilakukan sehingga tingkat pemahaman yang diinginkan sesuai dengan pengharapan pasien.

Faktor pendukung dalam pelaksanaan keperawatan dimana pasien kooperatif saat diberikan asuhan keperawatan, menerima dan mempraktekkan ulang. Sehingga pelaksanaan berjalan dengan baik dan memberikan efek baik.

Faktor penghambat dalam pelaksanaan keperawatan dimana penulis tidak bisa melakukan asuhan keperawatan penuh selama 24 jam dikarenakan keterbatasan jadwal dinas dimasa pandemi ini, dan hanya melakukan pelaksanaann semaksimal mungkin ketika berdinis. Solusi yang dilakukan penulis adalah melihat catatan perkembangan pasien di rekam medis, menanyakan langsung ke pasien dan kepada perawat ruangan.

E. Evaluasi

Pada tahap evaluasi pasien mengambil evaluasi hari terakhir yaitu tanggal 30-Mei- 2024. Sesuai dengan tujuan yaitu 3 x 24 jam sudah

dilakukan. Evaluasi dilakukan setelah penulis melakukan tindakan keperawatan setiap harinya. Tiga diagnosa yang diangkat penulis, hanya tercapai sebagian dikarenakan harus ada yang dilakukan berulang sesuai kondisi pasien. Tiga diagnosa tersebut Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Nausea berhubungan dengan rasa makanan yang tidak sedap, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis teratasi sebagian ditandai dengan Data subjektif :pasien mengatakan nyerinya berskala 4/10 numeric scale. Data objektif :pasien tampak tenang. pasien mendapatkan obat ketorolac 2x1 ampul. Pada diagnosa ini masih harus dilakukan beberapa intervensi dikarenakan kondisi pasien yang belum stabil seperti observasi nyeri, melakukan teknik relaksasi berulang dan pemberian analgetik dan dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan teori dan kasus.

Dalam menentukan evaluasi penulis membuat evaluasi formatif yang berorientasi pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan yang disebut sebagai evaluasi proses. Serta evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan serangkaian tindakan keperawatan. evaluasi ini berfungsi menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Pada evaluasi ini berorientasi pada masalah keperawatan yang sudah ditegakan, menjelaskan keberhasilan /ketidakberhasilan, rekapitulasi, dan atau kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan.

Faktor pendukung pada evaluasi keperawatan yaitu pasien tampak kooperatif, perkembangan pasien yang memungkinkan sehingga asuhan

keperawatan yang diberikan didapatkan perkembangan. Kerja sama perawat dan tenaga medis lainnya yang berperan penting sehingga adanya perkembangan dengan kondisi pasien setiap harinya

Faktor penghambat pada evaluasi ini dimana keterbatasan waktu sehingga evaluasi dilakukan semaksimal mungkin. Tercapai sebagian tujuan asuhan keperawatan yang dipengaruhi juga dengan kondisi pasien serta waktu memberikan asuhan keperawatan. Solusinya dengan asuhan keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan, dan menanyakan kondisi pasien langsung melalui komunikasi online.

BAB V

PENUTUP

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn.I dengan *Colic Abdomen* dapat dilakukan beberapa kesimpulan yang berkaitan dengan landasan teori dan tujuan yang telah ditetapkan. Penulis juga mengemukakan saran demi perbaikan asuhan keperawatan khususnya pada klien dengan penyakit *Colic Abdomen*.

A. Kesimpulan

Penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kasus dengan melakukan beberapa tahapan dari proses keperawatan yaitu, pada tahap pengkajian penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus pada Tuan I dengan *Colic Abdomen* adalah sebagai berikut : etiologi, manifestasi klinis, komplikasi, penatalaksanaan, pemeriksaan penunjang, Pada pengkajian dalam teori asuhan keperawatan berat badan pasien Sebelum sakit: 64 kg dan sesudah sakit 63 kg, tinggi badan pasien 160 cm. Tekanan darah : 126/80 mmHg, frekuensi nafas : 20x/menit, frekuensi nadi : 104x/menit, suhu tubuh: 36.8°C, keadaan umum tampak sakit sedang dan tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik namun dalam teori dijelaskan bahwa pada pasien *Colic Abdomen* dengan masalah inflamasi akan ditemukan pembengkakan kelenjar getah bening.

Diagnosis keperawatan yang ada di teori namun tidak ditemukan pada kasus yaitu : gangguan rasa nyaman oleh penulis karena hasil pengkajian

sudah bersamaan dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik dan intoleransi aktivitas tidak diangkat oleh penulis karena hasil pengkajian tidak sesuai dengan tanda mayor dan minor pada diagnosis tersebut

.Dalam perencanaan keperawatan penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus hal ini buktikan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Penulis melakukan pelaksanaan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah ditulis, penulis tidak melakukan semua implementasi sendiri, maka penulis bekerjasama dengan tim perawat ruangan seperti melakukan pemeriksaan darah secara rutin, memberikan obat oral dan injeksi, dan mengkaji intake dan output cairan pasien. Sehingga pelaksanaan tindakan keperawatan memperoleh hasil yang optimal sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

Pada tahap evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses asuhan keperawatan. Sesuai dengan tujuan yaitu 3 x 24 jam sudah dilakukan. Evaluasi dilakukan setelah penulis melakukan tindakan keperawatan setiap harinya. Lima Diagnosis yang diangkat penulis, dan ke lima diagnosis tersebut teratasi. Lima Diagnosis tersebut yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, nausea berhubungan dengan rasa makanan tidak sedap, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Faktor pendukung dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien adalah sikap klien dan keluarga yang ramah dan kooperatif pada setiap tindakan yang dilakukan, izin yang diberikan pihak rumah sakit serta tersedianya fasilitas dari institusi yang menunjang pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien. Sementara faktor penghambat dalam melaksanakan asuhan keperawatan adalah dikarenakan kurangnya ruang lingkup pembatas yang memadai antara pasien kelolaan dengan pasien lainnya di dalam satu ruangan untuk melaksanakan beberapa asuhan keperawatan pada pasien.

Pemecahan masalah yang dilakukan pada Tn.I didapatkan dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan dengan baik berdasarkan rencana yang telah disusun. Pada tahap evaluasi ditemukan 3 diagnosa teratasi sebagian, karena masih ada intervensi yang harus tetap dilakukan, kurangnya waktu dalam praktik klinik diruangan menunjang belum teratasinya diagnosa keperawatan yang ditemukan. Semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan dapat didokumentasikan dengan baik dan sesuai dengan yang diharapkan penulis.

B. Saran

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan *Colic Abdomen*, maka penulis ingin memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi institusi pendidikan

Penelitian ini di harapkan menjadi sumber pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan terkait dengan karya tulis ilmiah dan memberikan pengalaman baru dalam melakukan intervensi untuk dapat

meningkatkan keterampilan serta peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan mandiri secara holistik pada pasien *Colic Abdomen*.

2. Bagi lahan praktek

Menambah pengetahuan dalam praktik keperawatan tentang perawatan mandiri pasien *Colic Abdome* dan sebagai acuan atau rujukan dalam mewujudkan evidence based practice, sehingga dalam memberikan edukasi kepada pasien *Colic Abdomen* dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam hal melakukan intervensi secara mandiri.

3. Bagi peneliti

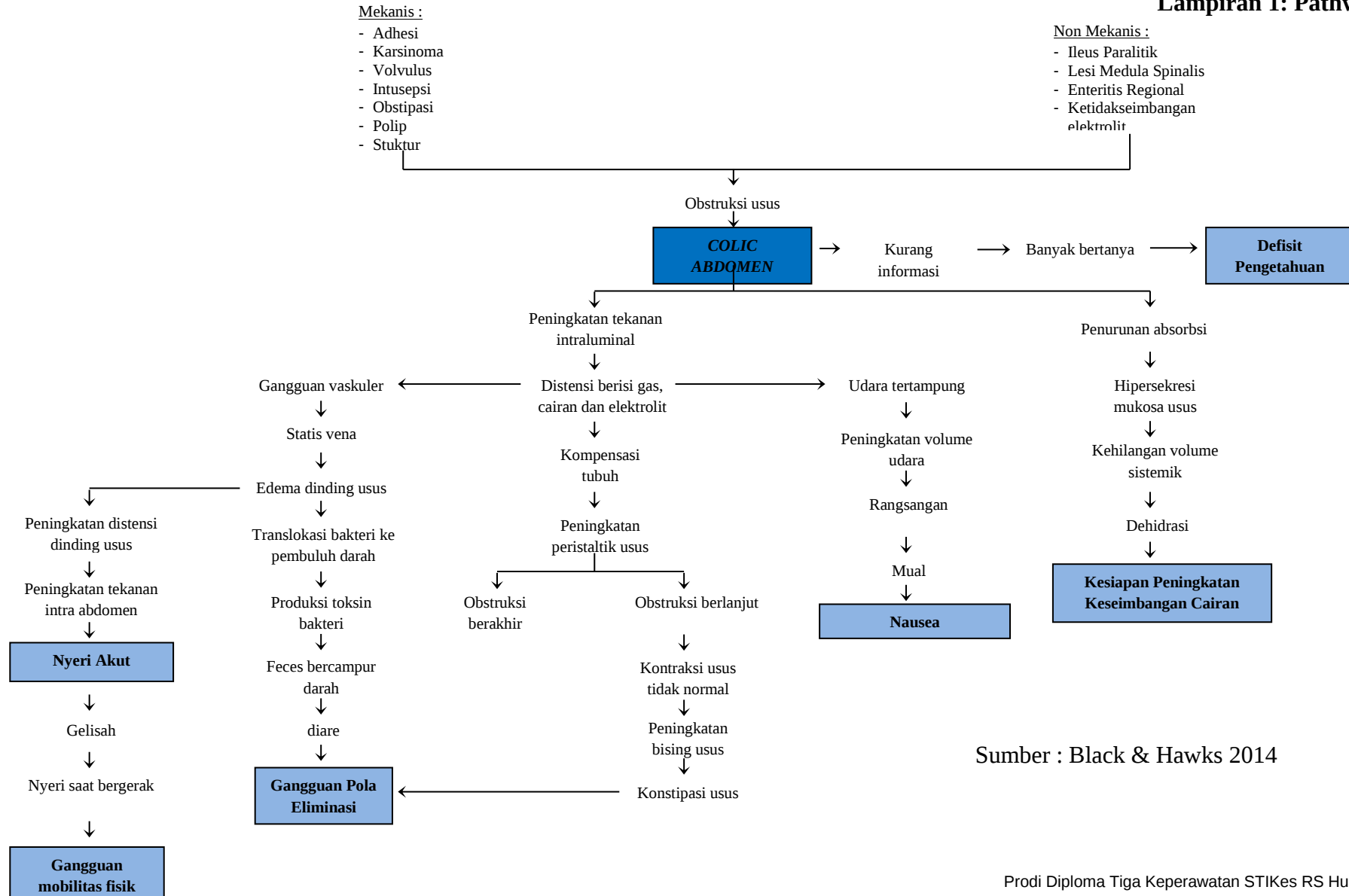
Di sarankan bagi Peneliti selanjutnya dapat melakukan intervensi mandiri pada pasien *Colic Abdomen*.

DAFTAR PUSTAKA

- Agarwal, A., S Bhagat, T., Verma, R., Goel, A., & Garg, P. (2020). To study the epidemiology and clinical profile of adult patients with acute abdominal pain attending tertiary care hospital. *Santosh University Journal of Health Sciences*, 5(2), 105–108. <https://doi.org/10.18231/j.sujhs.2019.022>
- Bachrudin, M., & Najib, M. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah I* (Vol. 1). Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Black, J., & Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. In R. Nampira (Ed.), *Elsevier*.
- Brady, A. M., McCabe, C., & McCann, M. (2014). Fundamentals of Medical-Surgical Nursing: A Systems Approach. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. John Wiley & Sons, Ltd.
- Budiono. (2016). Konsep Dasar Keperawatan. *Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan*.
- Budiono, Pertami, B., & Sumirah. (2015). Konsep Dasar Keperawatan. In *Bumi Medika*. Jakarta.
- Cervellin, G., Mora, R., Ticinesi, A., Meschi, T., Comelli, I., Catena, F., & Lippi, G. (2016). Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: Retrospective analysis of 5,340 cases. *Annals of Translational Medicine*, 4(19), 1–8. <https://doi.org/10.21037/atm.2016.09.10>
- Darsini. (2019). Pengaruh Kompres Hangat terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien dengan Kolik Abdomen. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 59–62.
- Doenges. (2014). Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien Edisi 3. In *EGC*. Jakarta.
- Doenges, M. E. (2018). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Asuhan Klien Anak-Dewasa, Ed. 9, Volume 1* (D. Yulianti (ed.)). EGC.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2017). *Medical-Surgical Nursing*.
- Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., Blair, M., Rebar, C., & Winkelman, C. (2020). Medical Surgical Nursing Patient Centered Collaborative Care. In *Elsevier* (Vol. 8). Elsevier Mosby.
- Kemenkes RI. (2021). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Keogh, J. (2019). Medical Surgical Nursing Demystified. In *McGraw-Hill Education* (Vol. 3). McGraw-Hill Education eBooks.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. In *EGC*. Jakarta.
- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Harding, M. M. (2014). *MEDICAL-SURGICAL NURSING: ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF CLINICAL PROBLEMS*. Elsevier Inc.
- Manurung, E. D., Nadeak, B., & Ndruru, E. (2020). Implementasi Algoritma Hebb Rule Pada Diagnosa Penyakit Kolik Abdomen Pada Orang Dewasa. *JURIKOM (Jurnal Riset Komputer)*, 7(2), 250. <https://doi.org/10.30865/jurikom.v7i2.2086>
- Rohmah, & Walid. (2016). Proses Keperawatan : Teori & Aplikasi. In *Ar- Ruzz Media*. Yogyakarta.
- Shrestha, S., & Adhikari, S. K. (2020). Colonic duplication cyst in an adult woman: A case report. *Journal of the Nepal Medical Association*, 58(231), 948–950. <https://doi.org/10.31729/jnma.5114>
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2017). Textbook of Medical-Surgical Nursing. In *Wolters Kluwer Health* (Vol. 1). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sommer, S., Johnson, J., Roberts, K., Redding, S. R., Ball, B., Jean Henry, N., Prater Spring Lenox Michelle Renner Mandy Tallmadge Kelly Von Lunen, D., Bousquet, T., Pam DeMoss, R., Carol Green, R. J., Justina Higgins, C., Honey Holman, C. C., Deb Johnson-Schuh, R., Terri Lemon, C., Tami Rogers, R. J., Julie Skrabal, C., & Virginia Tufano, M. E. (2015). *RN Adult Medical Surgical Nursing: Review Module Edition 9.0*. 1139.
- Swearingen, P. L. (2016). ALL-IN-ONE NURSING CARE PLANNING RESOURCE. In *Elsevier*. Mosby, an imprint of Elsevier Inc. <https://doi.org/10.4324/9780203840276>
- Thakur, J. K., & Kumar, R. (2019). Epidemiology of acute abdominal pain: a cross-sectional study in a tertiary care hospital of Eastern India. *International Surgery Journal*, 6(2), 345. <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20190380>
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1*. Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Winkelman, C. (2016). *Clinical Companion for Medical-Surgical Nursing_ Patient-Centered Collaborative Care, 8e*.

Lampiran 1: Pathway



Lampiran 2: Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Materi : Cara Mengatasi Nyeri Dengan Relaksasi Nafas
Dalam
Sasaran : Pasien Tn. I
Tempat : RSUD Koja Jakarta
Hari : Rabu, 29 Mei 2024
Waktu : 10-15 menit
Pemateri : Rizki Ogara

A. Tujuan

- a. Tujuan Umum
Klien mampu mengatasi atau mengurangi nyeri yang dirasakan klien
(bisa sebutkan penyebabnya)
- b. Tujuan Khusus
 - 1) Klien dapat melakukan relaksasi nafas dalam
 - 2) Nyeri klien berkurang

B. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya Jawab

C. Media Penyuluhan

Media yang digunakan untuk penyuluhan ini menggunakan media leaflet dan poster.

D. Evaluasi

Klien dapat mengetahui penyebab nyeri dan klien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam beserta manfaatnya.

E. Proses Penyuluhan

NO	KEGIATAN	WAKTU	PENYAJI	SASARAN
1	Pembukaan	5menit	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan dan mendengarkan
2	Penyajian bahan tentang : • Menjelaskan pengertian teknik relaksasi nafas dalam • Menjelaskan tujuan relaksasi nafas dalam • Menjelaskan manfaat relaksasi nafas dalam • Menjelaskan penatalaksanaan relaksasi nafas dalam.	20 menit	1. Menjelaskan pengertian teknik relaksasi nafas dalam 2. Menjelaskan tujuan relaksasi nafas dalam 3. Menjelaskan manfaat relaksasi nafas dalam 4. Menjelaskan penatalaksanaan relaksasi nafas dalam.	1. Mendengarkan 2. Mempraktekkan Kembali 3. Menjelaskan pengetahuan sebelumnya mengenai materi 4. Menyimak materi dan berdiskusi 5. Menyebutkan tujuan relaksasi nafas dalam 6. Menyebutkan manfaat relaksasi nafas dalam 7. Menyebutkan penatalaksanaan relaksasi nafas dalam

3	Evaluasi	15menit	1. Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya untuk mengevaluasi peserta, apakah peserta dapat menjelaskan kembali materi penkes dengan bertanya 2. Menyimpulkan kembali materi yang disajikan 3. Diharapkan 30% memahami materi	1. Menjawab pertanyaan 2. Menyimak kesimpulan
4	Penutup	5menit	1. Penyaji mengucapkan terima kasih 2. Mengucapkan salam penutup	1. Menjawab salam

Lampiran 3: Standar Operasional Prosedur

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	
PENGERTIAN	Teknik relaksasi napas dalam adalah salah satu metode relaksasi yang dilakukan dengan cara mengatur pola napas guna mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, dan kecemasan sehingga mencegah stimulasi nyeri pada tubuh.
TUJUAN	Tujuan utama dari pelaksanaan Teknik relaksasi napas dalam adalah untuk merelaksasikan ketegangan otot tubuh dengan cara mengatur pola napas sehingga dapat mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri.
PERSIAPAN KLIEN	- Pastikan klien dalam posisi tenang dan rileks - Pilih waktu dan tempat yang sesuai dan kondusif
PROSEDUR TINDAKAN	- Tahap Prainteraksi - Membaca status klien - Mencuci tangan - Menyiapkan alat - Tahap Orientasi - Memberikan salam terapeutik - Validasi kondisi klien - Menjaga privasi klien - Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada klien dan keluarga. - Tahap Kerja - Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas.

	b. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik. c. Instruksikan pasien untuk tarik nafas sedalam dalamnya melalui hidung sehingga rongga paru berisi udara. d. Instruksikan klien untuk menahan napas selama 2-3 detik. e. Instruksikan klien untuk menghembuskan napas secara perlahan melalui mulut, pada waktu yang bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian pada sensasi rileks yang dirasakan. f. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru kemudian udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh. g. Latih dan informasikan kepada klien untuk melakukan teknik relaksasi napas sebanyak 5 - 10 kali atau sampai rasa nyeri berkurang atau hilang. h. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri dan instruksiakan pasien untuk mengulangi teknik teknik ini apa bila rasa nyeri kembali lagi. 4. Tahap terminasi a. Evaluasi hasil kegiatan b. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya c. Akhiri kegiatan dengan baik d. Cuci tangan 5. Dokumentasi a. Catat waktu pelaksanaan tindakan b. Catat respon klien sebelum dan sesudah dilakukan tindakan. c. Paraf dan nama jelas perawat pelaksana
--	---

Sumber

- Bachrudin, M., & Najib, M. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah I* (Vol. 1). Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Black, J., & Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. In R. Nampira (Ed.), *Elsevier*.
- BRADY, A. M., McCABE, C., & McCANN, M. (2014). Fundamentals of Medical-Surgical Nursing: A Systems Approach. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. John Wiley & Sons, Ltd.

Lampiran 4: Lembar Balik

**PENGERTIAN***Just Breathe*

Adalah suatu cara yang digunakan untuk dapat menurunkan rasa cemas dengan merileksasikan ketegangan otot.

MANFAAT

- ✦ Meningkatkan konsentrasi
- ✦ Mengurangi rasa nyeri
- ✦ Perubahan posisi tubuh santai
- ✦ Mengurangi cemas, khawatir dan gelisah.
- ✦ Bermanfaat jika perasaan lelah dan tidak enak badan.

TUJUAN

- ↳ Mengurangi kecemasan/takut
- ↳ Merileksasikan tubuh
- ↳ Mengurangi ketegangan otot
- ↳ Memberikan perasaan tenang
- ↳ Mengurangi rasa nyeri

POSISI

- Berbaring dengan bantal dibawah kepala serta lutut



- Duduk dikursi dengan kepala ditopang.



LANGKAH-LANGKAH

- ❑ Posisi tubuh senyaman mungkin



- ❑ Ciptakan lingkungan yang nyaman.



- ❑ Pakai bantal untuk alas duduk, apabila nyeri timbul.
- ❑ Pejamkan mata dan lemaskan tubuh.



- ❑ Tarik nafas dalam melalui hidung.



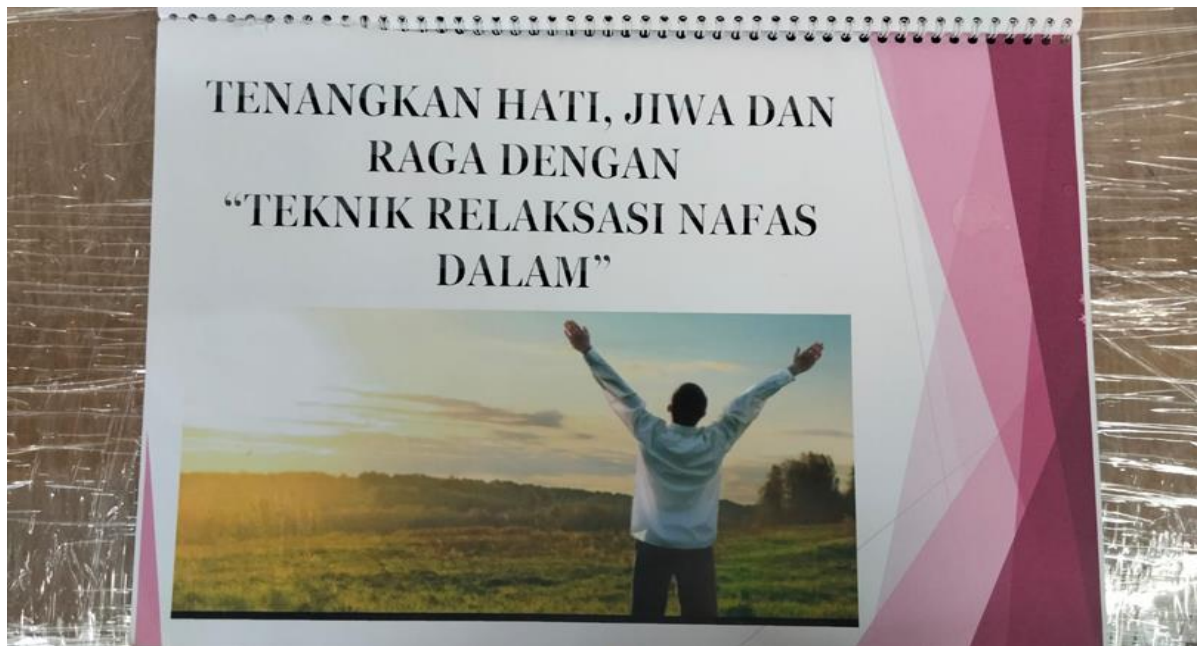
- ❑ Kemudian ditahan selama 3 – 4 detik.

- ❑ Lalu nafas dikeluarkan lewat mulut dengan cara mulut dimenguncup.



- ❑ Lalu sambil merilekskan otot-otot tangan dan kaki.

- ❑ Ulang sampai 3 kali atau sampai nyeri terasa berkurang.



Lampiran 5: Leaflet

RELAKSASI NAFAS DALAM

STIKes RS Husada



Apa sih relaksasi nafas dalam?

Teknik untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan nafas secara perlahan melalui mulut

Tujuan relaksasi nafas dalam

1. Mengurangi rasa nyeri
2. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
3. Tidur lelap mengurangi stress



Langkah relaksasi nafas dalam

1. Usahakan dalam kondisi tenang dan rileks
2. Menarik nafas dalam dari hidung dalam hitungan 1, 2, 3 detik
3. tahan nafas selama 3 detik
4. kemudian perlahan lahan hembuskan melalui mulut sambil merasakan daerah yang nyeri menjadi rileks

Daftar Pustaka

- 1.usahakan agar tetap konsentrasi/mata sambil terpejam
- 2.pada saat terpejam konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri
- 3.ulangi selama 2-3 x, dengan di selingi istirahat

Aini, L. and Reskita, R. (2018) 'Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Fraktur', *Jurnal Kesehatan*, 9(2), pp. 262–266.

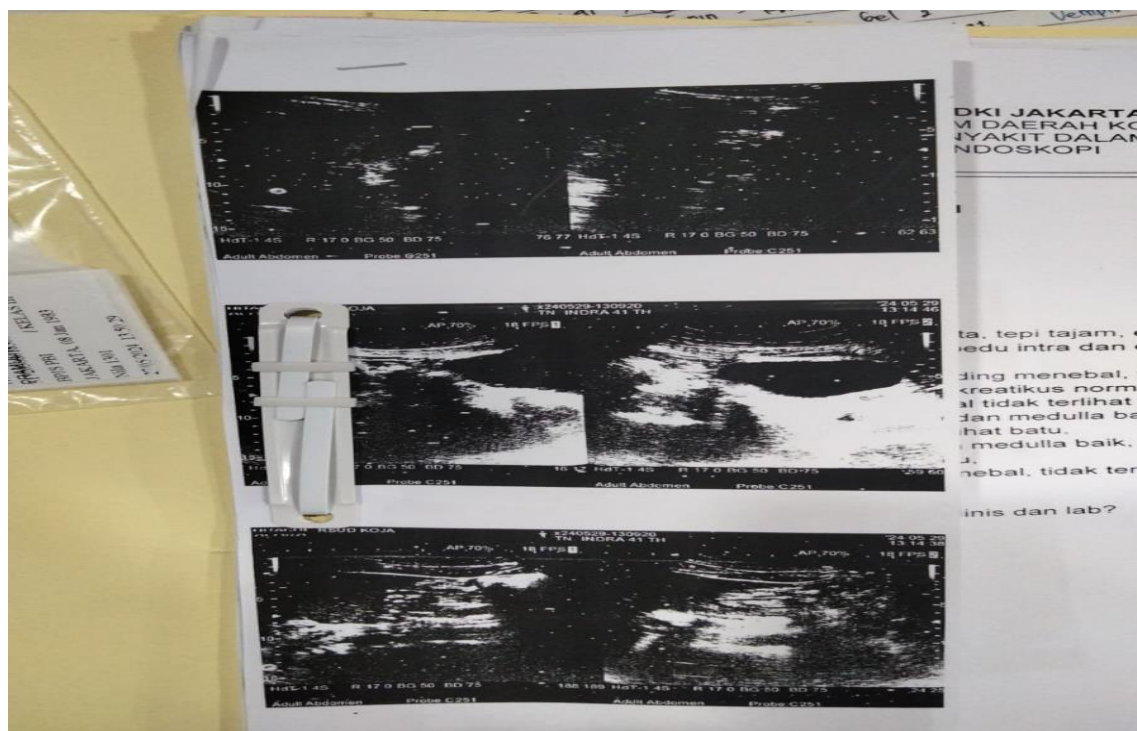
Alghadir, A.H. et al. (2018) 'Test-retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain', *Journal of Pain Research*, 11, pp. 851–856. doi:10.2147/JPR.S158847.

Andarmoyo, S. (2013) *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Ar-ruzz Media.

Andarmoyo, S. and Suharti (2014) *Persalinan Tanpa Nyeri Berlebihiann: Konsep & Aplikasi Manajemen Nyeri Persalinan*, 3rd edn. Yogyakarta: Ar-ruzz Media.

Andriati, R., Pratiwi, R.D. and Sari Indah, P.P. (2019) 'The Differences in The Autogen Relaxation Therapy's Influences on Reducing Pain Levels in Postoperative Sectio Caesaria Patients', *Malaysian Journal of Medical Research*, 03(04), pp. 33–37.

Lampiran 6: USG



1301

1304

Rudi / (D) Kp on Hd
 Fam - Famit Lt 10
 C-1 3 amprah (D)
 Berapen

PEMERINTAHAN DKI JAKARTA
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOJA
 BAGIAN ILMU PENYAKIT DALAM
 UNIT USG – ENDOSKOPI

HASIL PEMERIKSAAN ULTRASONOGRAFI

Tanggal : 29 Mei 2024
 Nama : Tn Indra
 Usia : 41 tahun
 Pengirim : Lt 11
 Ket klinis : Dispepsia, nyeri RUQ

Hasil

Hepar : besar, bentuk normal, permukaan rata, tepi tajam, ekostruktur normal, vena hepatika dan vena porta normal, saluran empedu intra dan ekstrahepatik normal, tidak terlihat SOL.

Kandung empedu: besar, bentuk normal, dinding menebal, tidak terlihat batu/SOL

Pankreas: Besar, bentuk normal, duktus pankreatikus normal, tidak terlihat SOL

Lien: besar bentuk normal, ekostruktur normal tidak terlihat SOL

Ginjal kanan: Besar, bentuk normal, korteks dan medulla baik, ekostruktur normal, system pelviokalis tidak melebar, tidak terlihat batu.

Ginjal kiri: Besar, bentuk normal, korteks dan medulla baik, ekostruktur normal, system pelviokalis tidak melebar, tidak terlihat batu.

Buli: Besar, bentuk normal, dinding tidak menebal, tidak terlihat batu/SOL

Kesan:

- GB wall thickening, ec? Bagaimana klinis dan lab?

Bagian Ilmu Penyakit Dalam
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOJA
 Dokter Pelaksana USG

Dr. Suzanna Ndraha SpPD KGEH
 NIP. 140 223 594

Lampiran 7: Analisa Obat

1. Ceftriaxone

- a. **Indikasi** : infeksi bakteri gram positif dan gram negatif,
- b. **Peringatan** : Pada gangguan fungsi hati yang disertai gangguan fungsi ginjal dapat terjadi penggeseran bilirubin dari ikatan plasma. Seftriakson kalsium dapat menimbulkan presipitasi di ginjal atau empedu.
- c. **Kontraindikasi** : Alergi terhadap antibiotik golongan sefalosporin. Kontraindikasi untuk bayi di bawah 6 bulan.
- d. **Efek Samping** : Bengkak, nyeri, dan kemerahan di tempat suntikan; Reaksi alergi; Mual atau muntah; Sakit perut; Sakit kepala atau pusing; Lidah sakit atau bengkak; Berkeringat.
- e. **Dosis** : pemberian secara injeksi intramuskular dalam, bolus intravena atau infus. 1 g/hari dalam dosis tunggal. Pada infeksi berat: 2-4 g/hari dosis tunggal. Dosis lebih dari 1 g diberikan pada dua tempat atau lebih. ANAK di atas 6 minggu: 20-50 mg/kg bb/ hari, dapat naik sampai 80 mg/kg bb/hari. Diberikan dalam dosis tunggal. Bila lebih dari 50 mg/kg bb, hanya diberikan secara infus intravena. Gonore tanpa komplikasi: 250 mg dosis tunggal. Profilaksis bedah: 1 g dosis tunggal. Profilaksis bedah kolorektal: 2 g.

2. Ketorolac

- a. **Indikasi** : penanganan jangka pendek untuk nyeri pasca bedah yang sedang (tablet); penanganan jangka pendek untuk nyeri akut pasca bedah yang sedang hingga berat (injeksi).
- b. **Peringatan** : dapat menyebabkan iritasi saluran cerna, tukak, perforasi atau perdarahan dengan atau tanpa didahului oleh gejala; asma (dapat menyebabkan

bronkospasme); kurangi dosis dan lakukan monitoring pada gangguan fungsi ginjal ringan (dosis maksimum 60 mg/hari secara intravena atau intramuskular); dapat menghambat agregasi platelet dan memperlama waktu perdarahan; pasien dengan gangguan koagulasi atau menerima terapi obat yang dapat mempengaruhi hemostasis; tidak dianjurkan digunakan sebagai pengobatan pra-bedah, anestesi tambahan, maupun analgesik obstetrik; tidak dianjurkan digunakan bersama dengan AINS lain; dekompensasi jantung, hipertensi atau kondisi sejenis (pernah dilaporkan retensi cairan dan edema); hamil; menyusui; gunakan dosis efektif terkecil pada lansia.

- c. **Kontraindikasi** : anak usia di bawah 16 tahun; gangguan fungsi ginjal sedang sampai berat (kreatinin serum $< 160 \mu\text{mol/L}$).
- d. **Efek Samping** : perut tidak enak, konstipasi, diare, dispepsia, kembung, gastritis, perdarahan saluran cerna, nyeri saluran cerna, mual, pankreatitis, tukak lambung, perforasi, stomatitis, muntah, melena, perdarahan anus, esofagitis, mimpi yang tidak normal, kemampuan penglihatan dan perasa tidak normal, meningitis aseptik, konvulsi, depresi, mulut kering, euforia, rasa sangat haus, pusing, mengantuk, halusinasi, sakit kepala, gangguan pendengaran, hiperkinesia, ketidakmampuan berkonsentrasi, insomnia, mialgia, berkeringat, cemas, vertigo, reaksi psikotik, gagal ginjal akut, hiperkalemia, hiponatremia, naiknya urea darah dan kreatinin, retensi urin, bradikardi, flushing, hipertensi, purpura, trombositopenia, palpitasi, nyeri dada, asma, dispnea, udem paru.
- e. **Dosis** : oral, 10 mg setiap 4-6 jam (lansia setiap 6-8 jam); untuk pasien yang juga memperoleh terapi ketorolak trometamin injeksi atau perubahan terapi dari injeksi menjadi oral dosis maksimum 90 mg (maksimum 60 mg untuk lansia, pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan berat badan kurang dari 50 kg) dan dosis oral maksimum

40 mg pada hari perubahan terapi. Dengan injeksi intramuskuler atau injeksi intravena, injeksi intravena sebaiknya diberikan dalam waktu tidak kurang dari 15 detik. Dosis awal, 10 mg, kemudian 10-30 mg setiap 4-6 jam apabila diperlukan. Dosis maksimum 90 mg sehari (Pasien LANSIA, gangguan fungsi ginjal dan berat badan kurang dari 50 kg dosis maksimum 50 kg). Lama pengobatan maksimum 2 hari. Sebaiknya gunakan dosis terkecil yang paling efektif dengan lama pengobatan paling pendek yang dapat diberikan.

3. Omeprazol

- a. **Indikasi** : tukak lambung dan tukak duodenum, tukak lambung dan duodenum yang terkait dengan AINS, lesi lambung dan duodenum, regimen eradikasi H. pylori pada tukak peptik, refluks esofagitis, Sindrom Zollinger Ellison.
- b. **Peringatan** : Penghambat pompa proton sebaiknya digunakan dengan hati-hati pada pasien dengan penyakit hati, kehamilan dan menyusui. Penghambat pompa proton dapat menutupi gejala kanker lambung ; perhatian khusus perlu diberikan pada orang-orang yang menunjukkan gejala-gejala yang membahayakan (turunnya berat badan yang signifikan, muntah yang berulang, disfagia, hematemesis atau melena), pada kasus-kasus seperti ini penyakit kanker lambungnya sebaiknya dipastikan terlebih dahulu sebelum dimulai pengobatan dengan penghambat pompa proton.
- c. **Efek Samping** : paraesthesia, vertigo, alopesia, ginekomastia, impotensi, stomatitis, ensefalopati pada penyakit hati yang parah, hiponatremia, bingung (sementara), agitasi dan halusinasi pada sakit yang berat, gangguan penglihatan dilaporkan pada pemberian injeksi dosis tinggi.
- d. **Dosis** : tukak lambung dan tukak duodenum (termasuk yang komplikasi terapi AINS), 20 mg satu kali sehari selama 4 minggu pada tukak duodenum atau 8 minggu pada tukak lambung; pada kasus yang berat atau kambuh tingkatkan

menjadi 40 mg sehari; pemeliharaan untuk tukak duodenum yang kambuh, 20 mg sehari; pencegahan kambuh tukak duodenum, 10 mg sehari dan tingkatkan sampai 20 mg sehari bila gejala muncul kembali. Tukak lambung atau tukak duodenum karena AINS dan erosi gastroduodenum, 20 mg sehari selama 4 minggu, diikuti 4 minggu berikutnya bila tidak sepenuhnya sembuh; profilaksis pada pasien dengan riwayat tukak lambung atau tukak duodenum, lesi gastroduodenum, atau gejala dispepsia karena AINS yang memerlukan pengobatan AINS yang berkesinambungan, 20 mg sehari.

4. Lonide

- a. **Indikasi:** Lonide merupakan obat dengan kandungan otilonium bromide 40 mg. Obat Lonide termasuk ke dalam golongan obat antispasmodik (kejang perut). Lonide dapat meringankan rasa nyeri pada otot saluran pencernaan, pengobatan sindrom iritasi usus besar, pengobatan simptomatik nyeri, dan gangguan saluran pencernaan.
- b. **Peringatan:** Penggunaan Lonide sebaiknya tidak dilakukan bersamaan dengan alkohol.
- c. **Efeksamping:** gangguan penglihatan, rasa ngantuk, mual, mudah lelah
Sembelit, vertigo
- d. **Dosis** Dosis pemakaian: 2-3 kali per hari 1 tablet. Gunakan obat ini dalam keadaan perut sudah terisi.

Lampiran 8: Balance Cairan**Tanggal 27 Mei 2024****Input Cairan** = (infus 300cc + 700cc out metabolisme $5 \times 63 = 315$) $= 1315 \text{cc} / 24 \text{ jam}$ **Output Cairan** = (urine 400cc + iwl = $15 \times 63 = 945 \text{cc}$) = 1345cc**Balance Cairan** = input – output = $1315 - 1345 = -30 \text{cc} / \text{jam}$

Lampiran : 9 lembar konsultasi**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Pembimbing : Ns. Fendy Yesayas, M.Kep

Nama Mahasiswa : Rizki Ogara

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. I Dengan *Colic Abdomen E.C Dispepsia* Di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Gedung D Kamar 1301 RSUD Koja Tanjung Priok Jakarta Utara

Konsul	Tanggal	BAB	Saran	TTD
1	2 Juni 2024	Pengarahan pembuatan KTI serta serta penggunaan mendeley	Mulai membuat KTI	
2	3 Juni 2024	Pengarahan BAB 1	Perbaiki bab	
3	6 Juni 2024	BAB 1	Perbaiki	
4	10 Juni 2024	Turnitin BAB 1	Perbaiki	
5	11 Juni 2024	Pengarahan BAB II	Perbaiki	
6	13 Juni 2024	BAB II	Perbaiki	
7	14 Juni 2024	BAB II	Perbaiki	

8	14 Juni 2024	BAB III	Perbaiki	
9	15 Juni 2024	BAB III	Perbaiki	
10	18 Juni 2024	BAB IV & BAB V	Perbaiki	
11	19 Juni 2024	Perbaiki BAB IV & BAB V	Perbaiki	
12	20 Juni 2024	Perbaiki Margin	Perbaiki	
13	20 Juni 2024	Cara Penulisan & perbaikan margin	Perbaiki	
14	21 Juni 2024	BAB I-V	ACC	