

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R DENGAN PENERAPAN
KOMPRES AIR HANGAT TERHADAP NYERI PADA PASIEN
COLIC ABDOMEN DI RUANGAN ANGGREK
RSUD DR. ADNAN WD PAYAKUMBUH**

OLEH :

Putri Susanti, S.Kep

22210002

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA BARAT
TAHUN AJARAN 2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R DENGAN PENERAPAN
KOMPRES AIR HANGAT TERHADAP NYERI PADA PASIEN
COLIC ABDOMEN DI RUANGAN ANGGREK
RSUD DR. ADNAAN WD PAYAKUMBUH**

OLEH :

Putri Susanti, S.Kep

22210002

**Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Diseminarkan
Di Fakultas Kesehatan, 10 Agustus 2023**

Dosen Pembimbing

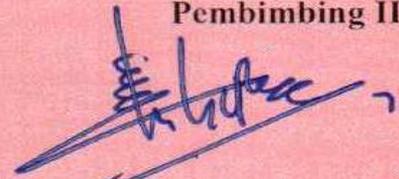
Pembimbing I



(Ns. Yasherly Bachri, S.Kep., M.Kep)

NIDN : 1026028503

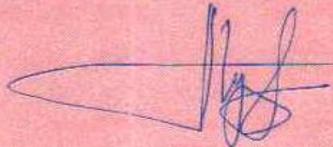
Pembimbing II



(Ns. Sisca Oktarini, S.Kep., M.kep)

NIDN : 1008108701

**Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners
Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat**



(Ns. Yuli Permata Sari, S.Kep., M.Kep)

NIDN : 1022078603

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R DENGAN PENERAPAN
KOMPRES AIR HANGAT TERHADAP NYERI PADA PASIEN
COLIC ABDOMEN DI RUANGAN ANGGREK
RSUD DR. ADNAAN WD PAYAKUMBUH**

OLEH :

Putri Susanti, S.Kep

22210002

Pada :

Hari/Tanggal : Kamis/10 Agustus 2023

Jam : 12.00 wib

Data yang bersangkutan dinyatakan

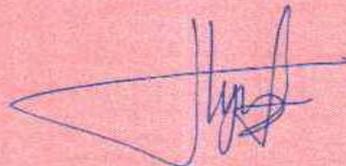
LULUS

Tim Penguji :

Penguji I : Ns. Anisa Sri Utami, S.Kep., M.Kep ()

Penguji II : Ns. Rezi Prima, S.Kep., M.Kep ()

**Mengetahui
Ketua Program Studi Profesi Ners
Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat**



(Ns. Yuli Permata Sari, S.Kep., M.Kep)

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners yang berjudul “Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn. R Dengan Colic Abdomen Di Ruangan Anggrek RSUD DR. Adnaan WD Payakumbuh”. Shalawat beserta salam penulis ucapkan kepada Rasulullah SAW, atas cahaya islam yang beliau wariskan diakhir zaman.

Penulisan kian merupakan salah satu syarat yang harus dipenuhi dalam rangka untuk menyelesaikan pendidikan dan memperoleh gelar Ners di Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan kian ini. Penulis telah banyak menerima motivasi, arahan, bimbingan dan nasihat dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih pada

1. Bapak Dr. Riki Saputra, MA selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat.
2. Ibu Yuliza Anggraini, S.ST.,M.Keb selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat.
3. Ibu Ns. Yuli Permata Sari, S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Prodi Program Profesi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat.
4. Ibu Ns. Yasherly Bachri, S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing I yang dengan ikhlas memberikan waktu, pikiran dan perhatiannya untuk mengarahkan, menasehati dan mengajari sehingga penulis dapat menyelesaikan kian ini.

5. Ibu Sisca Oktarini, S.Kep., M.Kep sebagai dosen pembimbing II yang telah ikhlas meluangkan waktu dan memberikan arahan serta masukan sehingga penulis dapat menyelesaikan kian ini.
6. Ibuk Kepala Ruangan di ruangan Anggrek RSUD DR Adnaan WD Payumbuh yang telah memberikan izin utuk memberikan askep pada pasien..
7. Rekan-rekan angkatan 2022 program Studi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat.
8. Semua pihak yang tidak bisa di sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penulisan ini.

Semoga amal, kebaikan dan pertolongan yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan berkah dari Allah SWT. Penulis mohon maaf apabila masih banyak kekurangan dalam penyusunan kian ini. Kian ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun. Semoga kian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang memerlukan dan berguna untuk pengembangan ilmu kemudian hari.

Bukittinggi, Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR SKEMA	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penulisan.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Colic Abdomen	6
B. Konsep Asuhan Keperawatan secara Teoritis.....	13
C. Konsep Nyeri	21
D. Konsep Kompres Air Hangat	26
BAB III LAPORAN KASUS	
A. Pengkajian Keperawatan.....	29
B. Diagnosa Keperawatan.....	42
C. Intervensi Keperawatan.....	43
D. Implementasi Keperawatan	45
E. Evaluasi Keperawatan.....	45
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait KKMP dan Konsep Kasus Terkait	47
B. Analisis Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait	50

C. Alternatif Pemecahan yang Dapat Dilakukan	51
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	53
B. Saran.....	54
DAFTAR PUSTAKA	



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan.....	17
Tabel 2.2 Analisa Data.....	42
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan.....	44
Tabel 2.4 Implementasi dan Evaluasi	47



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Pathway	12
Skema 2.2 Skala Nyeri.....	26



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sistem pencernaan atau sistem gastrointestinal (mulai dari mulut sampai anus) adalah sistem organ dalam manusia yang berfungsi untuk menerima makanan, mencernanya menjadi zat-zat gizi dan energi, menyerap zat-zat gizi ke dalam aliran darah serta membuang bagian makanan yang tidak dapat dicerna atau merupakan sisa proses tersebut dari tubuh. Masalah yang sering muncul pada sistem pencernaan yaitu *colic abdomen* dan *dyspepsia*. *colic abdomen* merupakan nyeri viseralis akibat spasme otot polos organ berongga dan biasanya disebabkan oleh hambatan pasase organ tersebut (obstruksi usus, batu ureter, batu empedu, peningkatan tekanan intralumen) sedangkan *dyspepsia* adalah kumpulan keluhan atau gejala klinis yang terdiri dari rasa tidak enak atau sakit di perut bagian atas yang menetap atau mengalami kekambuhan keluhan refluks gastroesofagus klasik berupa rasa panas didada (*heartburn*) (Jurnal Cendikia Muda, 2022)

Data World Health Organization (WHO) Global Info base tahun 2019, Cause Specific Death Rate (CSDR) penyakit saluran pencernaan di beberapa Negara yaitu Jerman urutan pertama 51 per 100.000 penduduk, kedua Inggris 47 per 100.000 penduduk, Indonesia mendapatkan urutan ke 13 terbanyak, Indonesia 13 per 100.000 penduduk sedangkan data pada tahun 2019 di ketahui angka kejadian *colic abdomen* di dunia sebanyak ± 7 miliar jiwa, Amerika

Serikat berada diposisi pertama dengan penderita *colic abdomen* terbanyak 47% dari 810.000 orang penduduk (WHO, 2020).

Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), Proportional Mortality Ratio (PMR) penyakit saluran pencernaan yaitu *colic abdomen*. Di Indonesia mengalami peningkatan yaitu 5,1% tahun 2019 menjadi 6,6% tahun 2020 dan 7% pada tahun 2021. Penyakit saluran pencernaan yaitu *colic abdomen*, gastritis, dan colon menempati urutan ketiga dari 10 penyakit utama penyebab kematian di Rumah Sakit di Indonesia dan *colic abdomen* memiliki penderita dengan jumlah kematian 6.590 dari 225.212 kasus dengan Case Fatality Rate (CFR) 2,93% tahun 2019 dan 6.825 dari 234.536 kasus dengan CFR 2,91% tahun 2020 (SUKESNAS, 2019).

Pasien *colic abdomen* pada umumnya akan mengalami gejala berupa rasa nyeri dibagian perut yang sifatnya hilang timbul diakibatkan karena terjadinya infeksi di dalam abdomen. Nyeri merupakan perasaan yang menyebabkan pasien akan mengalami ketidaknyamanan baik secara sensorik maupun emosional dapat ditandai dengan adanya kerusakan jaringan ataupun tidak. Menurut Hierarki Maslow nyeri masuk kedalam kebutuhan rasa aman dan nyaman (Dova Maryana, 2021).

Penatalaksanaan nyeri pada pasien *colic abdomen* dapat dilakukan dengan dua cara yaitu secara farmakologis dan non farmakologis. Menangani nyeri secara farmakologis dilakukan dengan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik yang bertujuan untuk memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri,

sedangkan tindakan non farmakologis adalah dengan pemberian tindakan kompres air hangat (Dova Maryana¹, 2021)

Pemberian kompres air hangat merupakan salah satu tindakan mandiri perawat, efek hangat dari kompres dapat menyebabkan vasodilatasi pada pembuluh darah yang akan meningkatkan aliran darah ke jaringan penyaluran zat asam dan makanan ke sel sel di perbesar dan pembuangan dari zat zat diperbaiki yang dapat mengurangi rasa nyeri akibat colic abdomen. Selain itu kompres air hangat tidak akan melukai kulit karena terapi kompres ini tidak dapat masuk jauh kedalam jaringan, maka dari itu pemberian kompres air hangat dilakukan secara periodik, dengan kompres air hangat akan terjadi pelebaran pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah serta peningkatan tekanan kapiler. Tekanan oksigen (O₂) dan karbon dioksida (CO₂) didalam darah meningkat sedangkan pH darah mengalami penurunan. Aktivitas sel akan menjadi meningkat dan pada otot-otot akan mengurangi ketegangan sehingga nyeri akan berkurang (Susanti et al., 2016).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Darsini (2019) dalam jurnalnya yang berjudul pengaruh kompres hangat terhadap penurunan skala nyeri pada pasien dengan colic abdomen menyatakan bahwa pemberian kompres hangat dapat berpengaruh secara signifikan dalam mengurangi atau mengatasi nyeri pada pasien colic abdomen yang dibuktikan dengan adanya penurunan skala nyeri dari 30 pasien kolik abdomen (Darsini, 2019).

Berdasarkan hasil studi awal didapatkan 10 penyakit terbanyak diruangan anggrek pada tahun 2022 yang pertama yaitu colic abdomen, gastritis,

anemia, dyspepsia, DM tipe 2, gastroenteritis, febris convulsion, perdarahan saluran cerna, demam virus dan DHF. Kasus colic abdomen menepati urutan pertama dari 10 penyakit terbanyak diruangan anggrek.

Berdasarkan data tersebut, penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan kepada Tn. R dengan penerapan kompres air hangat terhadap nyeri pada pasien colic abdomen di ruangan anggrek RSUD Dr Adnaan WD Payakumbuh Tahun 2023..

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Tn. R dengan penerapan kompres air hangat terhadap nyeri pada pasien colic abdomen di ruangan anggrek RSUD dr.Adnaan WD Payakumbuh

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis asuhan keperawatan pada Tn. R dengan penerapan kompres air hangat terhadap nyeri pada pasien colic abdomen.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Tn. R dengan penerapan kompres air hangat terhadap nyeri pada pasien colic abdomen
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. R dengan penerapan kompres air hangat terhadap nyeri pada pasien colic abdomen

- c. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Tn. R dengan penerapan kompres air hangat terhadap nyeri pada pasien colic abdomen
- d. Mampu melakukan tindakan atau implementasi keperawatan pada Tn. R dengan penerapan kompres air hangat terhadap nyeri pada pasien colic abdomen
- e. Mampu melakukan evaluasi pada Tn. R dengan penerapan kompres air hangat terhadap nyeri pada pasien colic abdomen

D. Manfaat Penelitian

- a. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan bagi penulis dalam melaksanakan karya ilmiah akhir ners, khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan dengan penerapan kompres air hangat pada pasien dengan colic abdomen.

- b. Bagi Instansi Pendidikan

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi referensi bacaan ilmiah untuk melakukan asuhan keperawatan dengan penerapan kompres air hangat pada pasien dengan colic abdomen.

- c. Bagi Pasien

Diharapkan dari hasil asuhan keperawatan yang diberikan pada Tn.R dapat memberikan manfaat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Colik Abdomen

1. Definisi Colik Abdomen

Colic abdomen merupakan keadaan nyeri pada perut yang disebabkan karena adanya kontraksi otot, obstruksi (sumbatan), distensi (menegang) atau peradangan pada organ yang ada didalam rongga perut seperti rectum, usus, kantong empedu, ginjal, atau saluran kemih. Obstruksi dapat terjadi ketika terdapat gangguan yang menyebabkan terhambatnya aliran usus (Abarca, 2021).

Nyeri akut abdomen di definisikan sebagai serangan nyeri yang berat dan persisten, dapat terjadi secara tiba tiba serta membutuhkan tindakan bedah untuk mengatasi penyebabnya. colic abdomen adalah rasa nyeri pada daerah abdomen atau perut memiliki sifat hilang timbul, hal yang mendasari terjadinya hal ini adalah adanya infeksi pada organ yang ada didalam perut seperti mencret, batu ginjal dan radang kandung empedu (Kemenkes RI, 2019).

2. Etiologi

Adapun penyebab terjadinya colic abdomen (Abarca, 2021):

a. Mekanis, terdiri dari :

1. Adhesi/ perlengketan pasca bedah

yaitu pertumbuhan bersatu bagian-bagian tubuh yang berdekatan karena radang.

2. Valveolus

Yaitu penyumbatan isi usus karena terbelitnya sebagian usus di dalam usus.

3. Obstipasi

Yaitu konstipasi yang tidak terobati

b. Fungsional (Non mekanik)

1. Ileus paralitik

Yaitu keadaan abdomen akut berupa kembung distensi usus tidak dapat bergerak.

2. Entiritis regional

3. Ketidakseimbangan elektrolit

4. Lesi medulla spinalis

Yaitu suatu kerusakan fungsi neurologis yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas.

5. Uremia

Yaitu kondisi yang terkait dengan penumpukan urea dalam darah karena ginjal tidak bekerja secara efektif.

3. Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala colic abdomen menurut (Abarca, 2021), sebagai berikut:

a. Mekanika sederhana (Usus halus atas)

Kram pada abdomen akan terjadi pada pertengahan sampai keatas, distensi, muntah empedu awal, adanya peningkatan bising usus

(seperti bunyi gemrincing dengan nada tinggi terdengar pada interval singkat), nyeri tekan.

b. Mekanika sederhana (Usus halus bawah)

Kram terjadi secara signifikan pada midabdomen, muntah sedikit atau tidak ada, distensi berat, bising usus berbunyi (Hush), nyeri tekan dengan difus maksimal.

c. Strangulasi

Gejala yang dialami dapat berkembang dengan cepat: nyeri bertambah parah berlangsung secara terus menerus dan terlokalisir, distensi sedang, muntah, bising usus menurun dan nyeri terlokalisir hebat. Feses berwarna gelap atau berdarah.

4. Klasifikasi

Berdasarkan (Abarca,2019), colik Abdomen di klasifikasikan sebagai berikut:

- a colic abdomen visceral, berasal dari organ dalam. Visceral dimana intervasi berasal dari saraf memiliki respon trauma terhadap distensi dan kontraksi otot bukan karena iritasi lokal.
- b colic abdomen, merupakan nyeri yang dirasakan disekitar abdomen dan dirasakan jauh dari sumber nyeri akibat perjalanan serabut saraf.

5. Komplikasi

a. colic Ureter

Yaitu Tersumbatnya aliran-aliran dari ginjal ke usus.

b. Colic biliaris

Yaitu suatu kondisi di mana perut terasa nyeri pada bagian atas akibat penyumbatan oleh batu empedu.

c. colic Intestinal

Yaitu Obstruksi usus lewatnya isi usus yang terhalang (Reeves, 2015)

6. Patofisiologi

Peristiwa patofisiologis yang terjadi setelah adanya obstruksi usus adalah sama, limen usus tersumbat prosesif akan terenggan oleh cairan dangas. Akumulasi gas dan cairan didalam limen usus sebelah proksimal dari letak obstruksi akan mengakibatkan terjadinya distensi, kehilangan H₂O dan elektrolit. Adanya peningkatan distensi akan menyebabkan terjadinya peningkatan antar intralumen sehingga akan terjadi penurunan tekanan vena dan kapiler arteri yang akan berdampak pada terjadinya iskemia dinding usus serta hilangnya Cairan menuju ruang peritonium akibatnya bakteri dan toksin terlepas dan masuk kedalam usus(Abarca,2021).

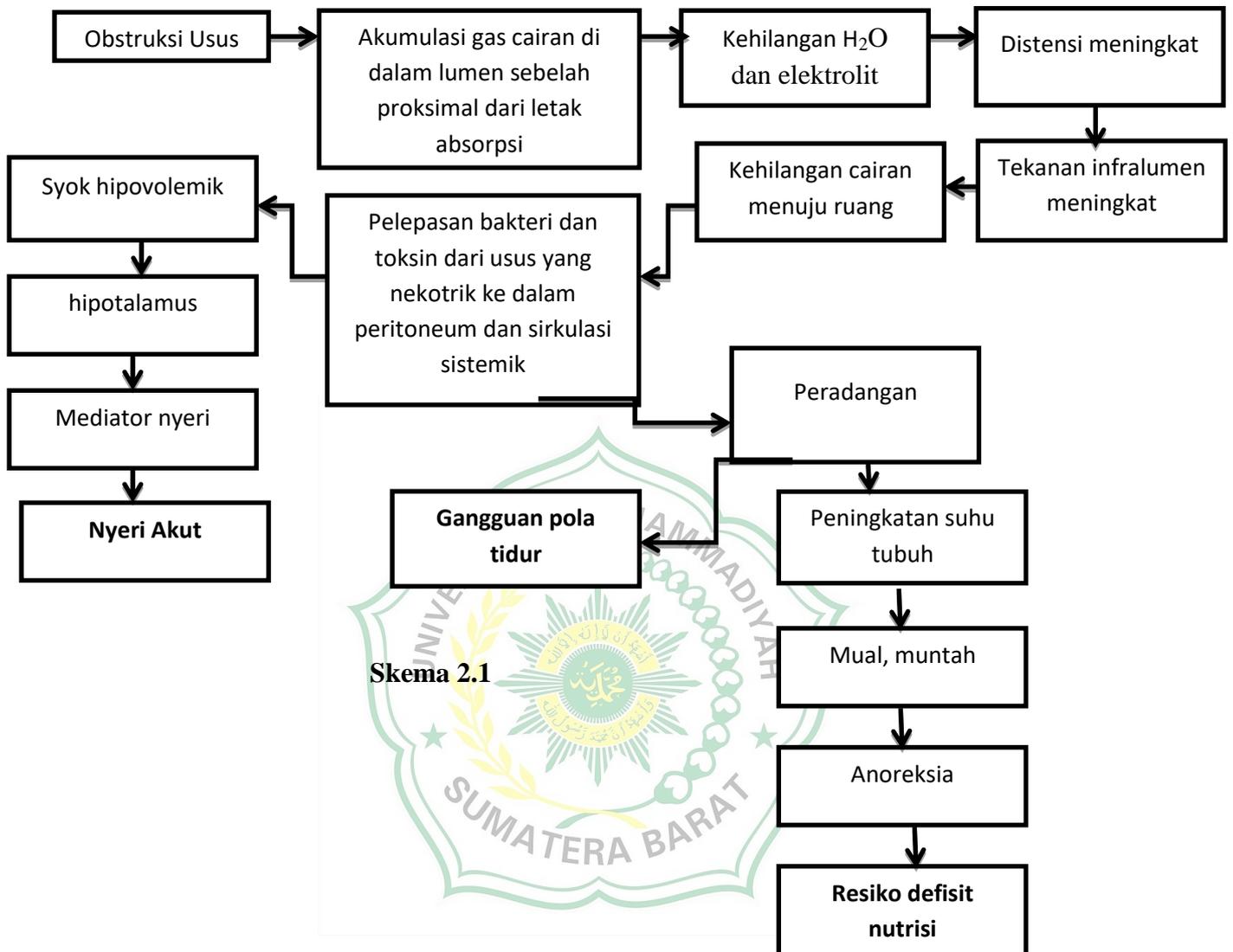
Bakteri yang berlangsung cepat akan menimbulkan peritonitis septik ketika terjadi kehilangan cairan yang akut maka akan menyebabkan syok hipovolemik. Ileus obstruktif atau penyumbatan pada instestinal mekanik dapat terjadi karena adanya daya mekanik yang bekerja atau mempengaruhi dinding usus sehingga menyebabkan penyumbatan/penyempitan lumen usus bagian proximal tempat penyumbatan akan menyebabkan distensi atau pelebaran dinding usus (Abarca,2021).

Sumbatan dan distensi usus menyebabkan terjadinya rangsangan

hipersekreasi kelenjar pencernaan. Dengan demikian akumulasi cairan dan gas akan makin bertambah dan menyebabkan distensi usus tidak hanya pada tempat terjadinya sumbatan tetapi juga mengenai saluran Panjang usus sebelah proximal. Sumbatan ini akan menyebabkan Gerakan usus meningkat sebagai usaha maksimal sebaliknya juga terjadi Gerakan anti peristaltic. Hal ini akan menyebabkan terjadinya serangan colic abdomen (Abarca, 2021).



7. Pathway



Skema 2.1

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan colic abdomen Menurut (Abarca, 2021) adalah :

- a. Pemeriksaan fisik: Tanda-tanda vital
- b. Pemeriksaan abdomen: lokasi nyeri
- c. Pemeriksaan rektal
- d. Laboratorium: leukosit, HB
- e. Sinar X abdomen menunjukkan gas atau cairan di dalam usus
- f. Barium enema menunjukkan kolon yang terdistensi, berisi udara atau lipatan sigmen yang tertutup.
- g. 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.
- h. Arteri gas darah dapat mengindikasikan asidosis atau alkalosis metabolik

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan secara farmakologi yaitu:

- a. Terapi Na + K + komponen darah
- b. Ringer laktat untuk mengoreksi kekurangan cairan
- c. Dektrose dan air untuk memperbaiki kekurangan cairan intraseluler
- d. Dekompresi selang nasoenternal yang panjang dari proksimal usus ke area penyumbatan selang dapat dimasukkan dengan lebih efektif dengan pasien berbaring miring kanan

e. Antasida (obat yang melawan keasaman)

Penatalaksanaan colic abdomen secara non farmakologi yaitu:

- a. Koreksi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit
- b. Impementasikan pengobatannya untuk syok dan peritonitis
- c. Hiperalimentasi untuk mengkoreksi defisiensi protein karena obstruksi kronik, ileus paralitik atau infeksi.
- d. Reaksi dengan anastomosis dari ujung ke ujung
- e. Ostomi barel ganda jika anastomosis dari ujung ke ujung terlalu berisiko
- f. Kolostomi lingkaran untuk mengalihkan aliran feses dan mendekompresi usus yang dilakukan sebagai prosedur kedua.

B. Konsep Asuhan Keperawatan secara Teoritis

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan sebuah komponen utama untuk mengumpulkan informasi, data, memvalidasi data, mengorganisasikan data, dan mendokumentasikan data (Citra,2021)

a. Identitas

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

b. Keluhan Utama

Biasanya keluhan dengan kolik abdomen nyeri pada perut

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya klien mengeluh nyeri pada perut menjalar ke ulu hati, nafsu makan menurun

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Biasanya klien dengan colic abdomen memiliki riwayat penyakit dyspepsia atau penyakit pencernaan yang lainnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit keluarga yaitu pengkajian riwayat penyakit di alami keluarga yang sama dengan pasien.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan sebagai berikut:

- 1) Kesadaran dan keadaan umum
- 2) Memeriksa tanda-tanda vital pada pasien seperti tekanan darah, suhu, pernapasan dan nadi
- 3) Pemeriksaan kepala dan leher
 - a) Kepala : memeriksa keadaan kepala apakah ada lesi atau rambut kering yang muda tercabut
 - b) Mata : biasanya jika hemoglobin rendah maka akan pucat pada konjungtiva dan pupil isokor
 - c) Hidung : apakah ada tanda-tanda kesulitan bernapas atau pernapasan cuping hidung
 - d) Mulut : apakah mukosa bibir, kering, bibir pecah-pecah dan apakah lidah terlihat kotor

- e) Leher : apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis teraba
- 4) Pemeriksaan thoraks
Inspeksi : ukuran dada normal, tidak ada kesulitan bernapas
- 5) Pemeriksaan Abdomen
 - a) Inspeksi : bentuk abdomen normal
 - b) Palpasi : tidak mengalami nyeri tekan
 - c) Perkusi : terdengar bunyi timpani atau kembang
 - d) Auskultasi : terdengar bising usus atau peristaltic
- 6) Pemeriksaan ekstremitas
 - a) Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada edema
 - b) Palpasi : akral dingin, terjadi nyeri otot dan sendi serta tulang

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis
- b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan nafsu makan
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

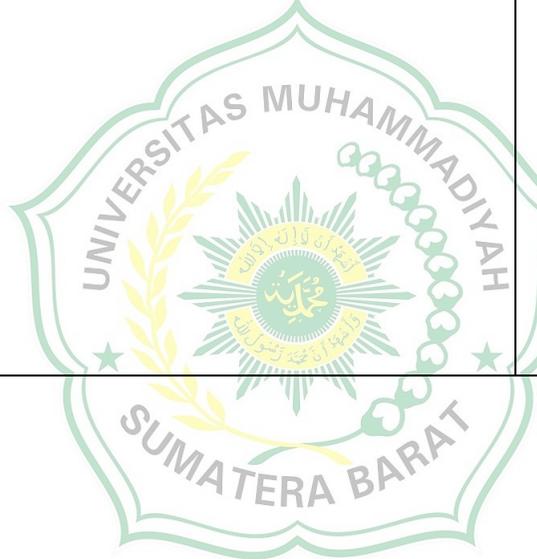
3. Rencana Keperawatan

Tabel 2.1

SDKI	SLKI	SIKI
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur

		<ul style="list-style-type: none"> - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat - Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan nafsu makan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan membaik - Membran mukosa membaik - Frekuensi makan membaik - Nyeri abdomen menurun - Porsi makan yang dihabiskan meningkat 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramida makanan) - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah

		<p>konstipasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan suplemen makanan, jika perlu - Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi duduk, jika mampu - Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - keluhan pola tidur berubah menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) - Batasi waktu tidur siang, jika perlu - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi

		<p>akupresur)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM - Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) - Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara non farmakologi lainnya
--	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Implementasi

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

5. Evaluasi Keperawatan

Format evaluasi juga ditulis identitas yang juga harus diisi oleh perawat yaitu nama, nomor kamar, nomor register, umur, kelas, identitas yang terdapat diatas berguna agar mempermudah perawat dalam mencari data pasien diatas dan jelas, serta agar tidak tertukar dengan pasien lain. Evaluasi ditulis setiap kali setelah semua tindakan dilakukan terhadap pasien.

Pada tahap evaluasi yang menjadi sasaran adalah kriteria hasil yang ditentukan dari buku standar luaran keperawatan Indonesia (PPNI, 2019). Evaluasi merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan untuk dapat menentukan suatu keberhasilan asuhan keperawatan. Evaluasi

didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assessment dan planning)

C. Konsep Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan kondisi atau perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri dapat berbeda beda pada setiap individu dalam hal skala, hanya individu tersebut yang dapat menjelaskan mengenai rasa nyeri yang dialami (Johanis, 2019).

Menurut pendapat beberapa ahli mengenai pengertian nyeri:

- a. Mc Coffery mendefinisikan nyeri sebagai keadaan yang dapat mempengaruhi individu yang keberadaannya dapat diketahui jika individu tersebut pernah mengalaminya.
- b. Arthur C. curton mendefinisikan nyeri sebagai suatu mekanis memproduksi bagi tubuh, akan timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan reaksi dari individu tersebut untuk menghilangkan rasa nyeri.

2. Fisiologi Nyeri

Timbulnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan, reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nocicepto* merupakan ujung-ujung saraf yang bebas memiliki sedikit myelin dan tersebar pada kulit dan mukosa (Putra & Budiarta, 2017).

Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan, stimulasi tersebut dapat berbentuk zat kimiawi seperti

bradykinin, prostaglandin, histamin, serta macam macam asam yang ketika dilepas apabila terdapat kerusakan jaringan. Stimulasi lainnya dapat berupa mekanis, listrik, dan termal (Putra&Budiarta,2017).

Setelah itu stimulasi yang telah diterima reseptor akan ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang memiliki mielin rapat atau serabut A delta dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang telah ditransmisikan oleh serabut A akan memiliki sifat inhibitor yang ditransmisikan keserabut C serabut aferen kemudian masuk ke spinal melalui akar dorsals ertasinaps pada dorsal horn. Dorsal horn terdiri dari beberapa lapisan atau lamina, diantara lapisan dua atau tiga berbentuk *substansia gelatinosa* yang merupakan saluran utama impuls, kemudian impuls nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal asendens yang paling utama, yaitu jalur *Spinathalamic tract* atau jalur SRT yang kemudian akan membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri (Putra& Budiarta, 2017).

Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanis meter jadinya nyeri, yaitu *jaluropiate* dan *jalurnonopiate*. Jalur opiate dikenal dengan pertemuan reseptor otak yang terdiri atau jalur spinal asendens dari thalamus yang melalui otak tengah dan medulla ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptor impuls supresif. Sedangkan jalur nonopiate merupakan jalur desenden yang tidak memberikan respons terhadap *naloxone* yang kurang banyak diketahui

mekanismenya (Putra & Budiarta, 2017).

3. Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan durasi/ waktu terjadinya nyeri secara umum dibagi menjadi dua yakni nyeri akut dan nyeri kronis (Pinzon, 2016):

- a. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, jangka waktu berlangsungnya nyeri akut tidak melebihi enam bulan dan ditandai dengan adanya peningkatan otot.
- b. Nyeri Kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan lahan, namun berlangsung dalam waktu yang cukup lama dengan jangka waktu lebih dari enam bulan.

Berdasarkan lokasi (tempat terasa nyeri) dibagi menjadi dua yakni nyeri somatik dan nyeri visera (Pinzon, 2016)

- a. Nyeri somatik merupakan nyeri yang timbul akibat rangsangan terhadap nosiseptor baik superfisial maupun dalam. Nyeri somatik dalam diakibatkan oleh jejas pada struktur dinding tubuh seperti otot rangka/skletet
- b. Nyeri visceral merupakan nyeri yang timbul akibat adanya jejas pada organ dengan saraf simpatis. Nyeri visceral diakibatkan oleh distensi abnormal atau kontraksi pada dinding otot polos, tarikan cepat kapsul yang menyelimuti suatu organ, iskemi otot skelet, iritasi serosa atau mukosa, pembengkakan atau pemelintiran jaringan yang berlekatan dengan organ-organ ke ruang peritoneal dan nekrosis jaringan.

4. Stimulus Nyeri

Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, diantaranya adalah (Aziz Alimul Hidayat, 2016):

- a. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- b. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- c. Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri
- d. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blockade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat
- e. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri:

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

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

yang mempengaruhi kemampuan individu dalam menahan nyeri, faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri diantaranya obat-obatan, hipnosis, garukan, pengalihan perhatian dan lain sebagainya. Sementara faktor yang dapat menurunkan tingkatan toleransi adalah kelelahan, marah, cemas serta nyeri yang tidak kunjung hilang.

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

6. Asesment Nyeri

a. Skala Nyeri Menurut *Hayward*

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut *Hayward* dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan



Skema 2.2

Keterangan gambar

Angka 0: tidak nyeri

Angka 1-3: nyeri ringan

Angka 4-6: nyeri sedang

Angka 7-9: nyeri berat terkontrol

D. Konsep Kompres Air Hangat

1. Definisi Kompres Air Hangat

Kompres air hangat adalah suatu metode yang memberikan rasa hangat pada daerah tertentu untuk mengurangi rasa nyeri dengan menggunakan cairan yang berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah ke local (Ardani, 2019). Menurut Mujib Hannan dan dkk (2019) Pemberian kompres air hangat merupakan strategi penatalaksanaan nyeri dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukanya tujuan dari pemberian ini adalah untuk memperlancar sirkulasi darah mengurangi rasa sakit, merangsang peristaltik usus, memperlancar pengeluaran eksudat, serta memberikan rasa hangat dan tenang (Hannanetal., 2019).

2. Manfaat Kompres Air Hangat

Manfaat pemberian kompres hangat menurut (Ardani,2019) adalah sebagai berikut:

- a. Memperlancar sirkulasi darah
- b. Mengurangi rasa sakit atau nyeri
- c. Memberi rasa hangat, nyaman, tenang pada pasien
- d. Mencegah peradangan meluas

3. SOP Kompres Air Hangat

Menurut (Intan,2020) standar operasional prosedur pemberian kompres air hangat adalah sebagai berikut :

a. Indikasi

Pasien dengan suhu tinggi, pasien yang kesakitan hebat contohnya

infiltrate appendikuler, sakit kepala yang hebat.

b. Kontra Indikasi

1. Pada 24 jam pertama setelah cedera traumatik, panas akan meningkatkan perdarahan dan pembengkakan
2. Perdarahan aktif, panas akan menyebabkannya solidasi dan meningkatkan perdarahan
3. Edema non inflamasi, proses meningkatkan permeabilitas kapiler dan edema.

c. Persiapan alat dan bahan

1. Baskom dengan air hangat (34-38°C)
2. Kasa/Kain
3. Pengalas
4. Sarung tangan bersih
5. Waslap 4 buah/tergantung kebutuhan

d. Prosedur Tindakan

1. Dekatkan alat-alat ke pasien
2. Perhatikan privacy pasien
3. Cuci tangan dibawah air mengalir
4. Atur posisi pasien agar nyaman
5. Pasang pengalas ke daerah yang akan dikompres
6. Kenakan sarung tangan
7. Ambil beberapa potong kasa/kain dengan pinset dari bak/baskom steril lalu masukan kedalam kom yang berisi cairan hangat

8. Kemudian ambil kasa/kain tersebut,lalu bentangkan dan letak kan pada area yang akan dikompres
9. Lakukan prasat ini selama 15-30 menit, atau sesuaikan dengan program anti balutan kompres tiap 5 menit
10. Lepaskan sarung tangan
11. Atur Kembali pasien keposisi semula
12. Bereskan Kembali alat-alat yang telah digunakan
13. Cuci tangan



BAB III
LAPORAN KASUS

Pengkajian

1) Identitas

Identitas Pasien

Nama	: Tn. R
Umur	: 46 Tahun
Agama	: Islam
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Pekerjaan	: Buruh Harian Lepas
Status Perkawinan	: Belum Kawin
Alamat	: Tiakar
Tanggal Masuk	: 19 Juli 2023
Yang Mengirim	: IGD
Diagnosa Medis	: Colic Abdomen

Identitas Penanggungjawab

Nama	: Ny. W
Umur	: 50 Tahun
Hubungan dengan Pasien	: Kakak Kandung
Pekerjaan	: IRT
Alamat	: Tiakar

2) Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan mengeluh nyeri perut bagian ulu hati, klien mengatakan mual, muntah setiap makan dan klien mengatakan nafsu makan menurun.

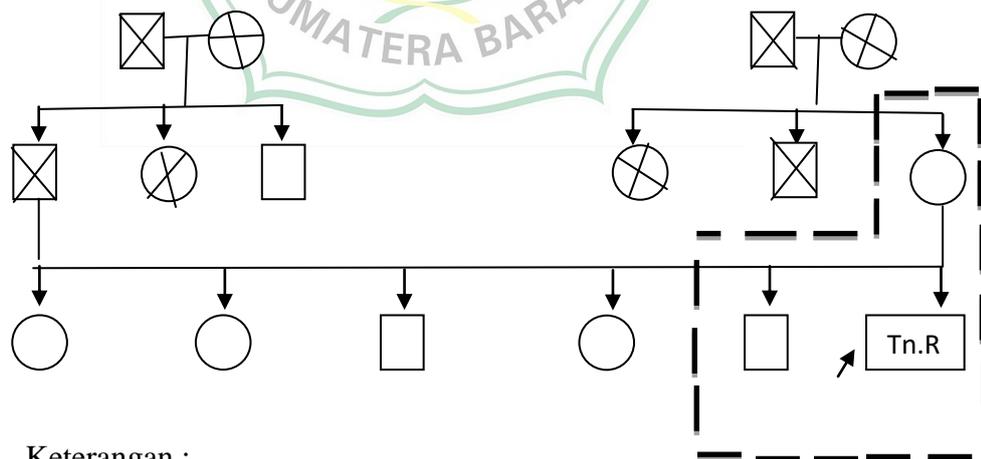
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit seperti DM, HT, maupun jantung. Tapi klien pernah dirawat di rumah sakit 5 tahun yang lalu dengan diagnosa dyspepsia.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit seperti DM, HT dan jantung

Genogram



Keterangan :

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

↗ : pasien

- X : Meninggal
- — : Tinggal serumah

Klien mengatakan memiliki 6 saudara, klien merupakan anak terakhir dan klien mengatakan tinggal bersama ibu beserta kaka laki-lakinya. Klien mengatakan ayahnya sudah lama meninggal, klien mengatakan dari keluarga ayah maupun keluarga ibu tidak ada menderita penyakit yang sama dengan klien.

3) Pola Persepsi Terhadap Penyakit

Klien dan keluarga merasa cemas akan kondisi dan penyakit yang diderita klien.

4) Pola Nutrisi/Metabolisme

a. Pola Makan

Dirumah

- Frekuensi : 3 kali sehari
- Makan Pagi : 1x dengan porsi sedang
- Makan Siang : 1x dengan porsi sedang
- Makan Malam : 1x dengan porsi sedang
- Pantangan/Alergi : Tidak ada pantangan
- Makanan yang disukai : Rendang daging

Dirumah Sakit

- Diet/Suplemen Khusus : Makanan lunak
- Nafsu Makan : Menurun dengan habis kurang dari setengah porsi
- NGT : Tidak terpasang

Kesulitan Menelan (Disfagia) : Tidak ada
Perubahan Berat Badan 6 bulan terakhir : Ada \pm 3 Kg
Gigi : Tidak terdapat gigi palsu
Riwayat Masalah Kulit : Tidak ada masalah

b. Pola Minum

Di rumah

Frekuensi : 7-8 Gelas perhari
Jenis : air putih, kopi
Jumlah : \pm 2 liter perhari
Pantangan : Tidak ada pantangan
Minuman yang disukai : kopi

Di rumah sakit

Frekuensi : 5-6 gelas perhari
Jenis : air putih, susu
Jumlah : \pm 1,5 liter perhari

5) **Pola Eliminasi**

a. BAB

Dirumah

Frekuensi : 1 kali sehari
Konsistensi : Normal
Warna : kuning
Tanggal Defekasi Terakhir : 19 Juli 2023

Dirumah sakit

Frekuensi : 1 kali sehari
 Konsistensi : padat
 Warna : kuning

b. BAK

Dirumah

Frekuensi : ± 5-6 kali sehari
 Jumlah : Normal, 1500 cc
 warna : Normal, kuning muda

Dirumah sakit

Frekuensi : ± 5 kali sehari
 Jumlah : Normal, kurang lebih 1000 cc
 Warna : Normal, kuning muda
 Masalah di rumah sakit : Kesulitan mencapai toilet
 Kateter : Tidak terpasang

6) Pola Aktivitas/Latihan

a) Kemampuan perawatan diri

Aktivitas	Dirumah					Dirumah sakit				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Makan /Minum	√					√				
Mandi	√							√		
Berpakaian/Berdandan	√							√		
Toileting	√							√		
Mobilisasi ditempat tidur	√							√		
Berpindah	√					√				
Berjalan	√							√		
Menaiki tangga	√									
Berbelanja										
Memasak										
Pemeliharaan rumah										

keterangan

- 0 : Mandiri
- 1 : Dengan alat bantu
- 2 : Bantuan orang lain
- 3 : Bantuan Peralatan
- 4 : Tergantung/ tak mampu

b) Kebersihan diri

Di Rumah

Mandi : 2 kali sehari

Gosok Gigi : 2 kali sehari

Keramas : 2 kali sehari

Potong kuku : sekali seminggu

Dirumah sakit

Mandi : belum ada

Gosok gigi : berkumur-kumur

keramas : belum ada

potong kuku : belum ada

c) Alat bantu

Klien menggunakan pispot ditempat tidur ketika nyeri muncul.

d) Olahraga

klien mengatakan klien tidak biasa berolahraga rutin terkadang hanya

jalan-jalan kerumah tetangga

7) Pola istirahat tidur

Dirumah

Siang : ± 1 jam/hari

Malam : ± 8 jam /hari

Jumlah jam tidur : ± 9 jam /hari

Dirumah sakit

Siang : ± 1 jam /hari

Malam : ± 5-6 jam /hari

Jumlah jam tidur : ± 7 jam /hari

Masalah dirumah sakit : terkadang sulit tidur karna nyeri yang dirasakan

Merasa segar setelah tidur : Ya

8) Pola Kognitif-Persepsi

Status Mental : Sadar

Bicara : Normal

Bahasa sehari-hari : Minang

Kemampuan membaca : Bisa

Kemampuan berkomunikasi : Bisa

Kemampuan memahami : Bisa

Tingkat ansietas : sedang, sebab merasa cemas akan penyakit

Pendengaran : Normal

Penglihatan : Normal

Vertigo : Tidak ada

Ketidaknyamanan /nyeri : ada di ulu hati

9) Pola peran hubungan

Pekerjaan : Buruh Harian Lepas

Status pekerjaan : Bekerja

Sistem pendukung : Keluarga

Masalah keluarga berkenaan dengan rumah sakit : Tidak ada

10) Pola Seksual Reproduksi : tidak dilakukan pemeriksaan

11) Pola Persepsi/ Konsep Diri

a) Body Image

Klien memiliki perubahan ukuran fisik, klien mengeluh kondisi tubuh

b) Role/Peran

Klien mengeluh terjadi perubahan peran dalam keluarga dimana ia biasa bekerja mencari nafkah, sekarang klien tidak bekerja

c) Identitas Diri

Klien mengatakan kurang percaya diri

d) Self Esteem/Harga Diri

Klien merasa harga diri rendah

e) Self Ideal/Ideal Diri

Klien merasa terserah pada nasib, merasa tidak punya kemampuan, merasa tidak berdaya

12) Pola Koping-Toleransi Stress

a) Masalah selama di rumah sakit : Tidak ada masalah

b) Kehilangan besar pada masa lalu : Kehilangan ayah

c) Hal yang dilakukan saat ada masalah : bercerita pada ibu

d) Penggunaan obat untuk menghilangkan stress : Tidak ada

13) Pola Keyakinan

- a) Agama : Islam
- b) Pantangan Keagamaan : Tidak ada
- c) Pengaruh Agama : Allah tempat mengadu
- d) Permintaan kunjungan rohaniawan : Tidak

14) Pemeriksaan Fisik

- a) Tanda Vital : S : 36⁰c HR : 80x/i TD : 120/78 mmHg RR : 20x/i
- b) Tinggi Badan : 170 cm
- c) Berat Badan : 50 kg
- d) LILA : 25 cm
- e) Kepala
 - Rambut : hitam, lurus, kurang bersih, terdapat ketombe
 - Mata : simetris kiri dan kanan, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis
 - Hidung : simetris kiri dan kanan, kurang bersih, tidak terdapat lendir
 - Telinga : simetris kiri dan kanan, tampak bersih
- f) Leher
 - Trakea : Normal
 - JVP : Tidak terdapat pembengkakan
 - Tiroid : Tidak terdapat benjolan

➤ Nodus Limfe : Normal

g) Paru-paru

- Inspeksi : normal, Dada naik turun
- Palpasi : Tidak terdapat benjolan /Edema
- Perkusi : Tidak ada nyeri tekan
- Auskultasi : Tidak ada masalah

h) Jantung

- Inspeksi : Irama jantung reguler
- Palpasi : Normal
- Perkusi : Tidak ada nyeri tekan
- Auskultasi : Bunyi jantung normal

i) Abdomen

- Inspeksi : bentuk normal
- Palpasi : adanya nyeri tekan, klien mengatakan skala nyeri 4
- Perkusi : terdengar bunyi kembung
- Auskultasi : Bising usus 34x/i

j) Ekstermitas

➤ Kekuatan Otot :
$$\begin{array}{r|l} 5555 & 5555 \\ \hline 5555 & 5555 \end{array}$$

- Inspeksi : Terpasang Infus pada tangan kiri, infus yang terpasang RL 20 tt/i
- Palpasi : Tidak ada edema

k) Neurologi : E4 V5 M6

- l) Payudara : Tidak dilakukan pemeriksaan
- m) Genitalia : Tidak dilakukan pemeriksaan
- n) Rektal : Tidak dilakukan pemeriksaan

15) Pemeriksaan Penunjang

- a) EKG : pemeriksaan EKG dilakukan di IGD pada tanggal 19 Juli 2023 dengan hasil normal (sinus rhythm)

- b) Laboratorium : Hematologi

	tanggal 19 Juli 2023	Normal
➤	Leukosit : 6.900	5000-10.000
➤	HB : 14,1 g/dl	12-16 g/dl
➤	Limfosit Absolut : 900/mm²	>1500
➤	Hematokrit : 42%	40-48%
➤	Trombosit : 271.000/mm ²	150.000-450.000/mm ²

Laboratorium : Kimia Klinik

	Tanggal 19 Juli 2023	Normal
➤	Ureum Darah : 17 mg%	20-40 mg%
➤	Kreatinine Darah : 0,8 mg%	0,6-1,1 mg%

Laboratorim :Urinalisa (tanggal 20 Juli 2023)

	Rutin	Khusus
➤	Phisis : Warna : Kuning Muda	Bilirubin : (-)
	Kekeruhan : Jernih	Urobilinogen : (+)
	Keasaman : 5,0	
➤	Kimia : Protein : (-)	

	Reduksi	: (-)
➤	Sedimen : Epithel	: (+)
	Lekosit	: 0-1
	Eritrosit	: 1-2
	Kristal	: (-)
	Silinder	: (-)

16) Terapi

Pada tanggal 20-22 Juli 2023

- a) IVFD : RL 20 tts/i
- b) Sucralfat sirup : 3x1
- c) Curcuma : 3x1 tab
- d) Rebamipid : 3x1 tab
- e) Ibu profen : 400 mg 1x

DATA SUBJEKTIF

- Klien mengeluh nyeri perut di ulu hati
- klien mengatakan mual ketika makan
- klien mengatakan muntah setiap makan
- klien mengatakan napsu makan menurun
- klien mengatakan penurunan berat badan kurang lebih 3 kg
- klien mengatakan makanan yang dimakan tidak memiliki rasa
- klien mengatakan nasi yang disediakan tidak habis dimakan
- Ibu Profen 400 mg 1x

DATA OBJEKTIF

- Nadi 80x/i
- Skala nyeri 4
- klien tampak meringis
- Suhu : 36°C
- klien berkeringat
- Klien tampak letih
- mukosa mulut kering
- makanan banyak yang tersisa



Analisa Data

Tabel 2.2

No	Data	Etiologi	Problem
1	Ds: <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan nyeri perut di ulu hati• Klien mengatakan nyeri hilang timbul Do : <ul style="list-style-type: none">• Klien tampak meringis• Nadi 80x/i• Skala nyeri 4• Ibu profen 400 mg	Agen pencedera Fisiologis (ulu hati)	Nyeri akut
2	Ds : <ul style="list-style-type: none">• klien mengatakan mual• Klien mengatakan muntah ketika makan• klien mengatakan badan terasa letih• Klien mengatakan napsu makan menurun• Klien mengatakan penurunan berat badan kurang lebih 3 kg Do: <ul style="list-style-type: none">• Suhu : 36°C• Klien tampak letih• Klien tampak pucat• Curcuma	Faktor psikologis (keengganan untuk makan)	Resiko Defisit Nutrisi

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (ulu hati)
di tandai dengan nyeri perut dulu hati, klien tampak meringis dengan skala nyeri 4
2. Resiko Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis
(keengganan untuk makan)

Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut b.dagen pencedera fisiologis (ulu hati)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan

			<p>nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat - Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Implementasi dan Evaluasi

Tabel 2.4

No	Hari/Tanggal	Dx. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Kamis, 20 Juli 2023	Nyeri akut b.dagen pencedera fisiologis	<p>Jam 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - mengidentifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Menelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Mengajarkan teknik nonfarmakologis (kompres air hangat) - Memberikan obat ibu profen extra 400mg bila nyeri tak tertahan. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri diperut bagian diulu hati - klien mengatakan badan letih <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 19 x/i - TD : 111/74 mmhg - HR : 77x/i - S : 36,3°c - Skala nyeri 4 <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1-6</p>	
2.	Jumat, 21 Juli 2023	Nyeri akut b.d fisiologis	<p>Jam 10.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri diperut bagian ulu hati mulai berkurang 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Mengevaluasi teknik nonfarmakologis (kompres air hangat) 	<ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan badan letih mulai berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 18 x/i - TD : 125/73 mmhg - HR : 63x/i - S : 36,3°c - Skala nyeri 3 <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1-5</p>	
3.	Sabtu, 22 Juli 2023	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (ulu hati)	<p>Jam 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Mengevaluasi teknik non farmakologis (kompres air hangat) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri diperut bagian diulu hati - klien mengatakan badan letih - klien mengatakan nyeri sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 18 x/i - TD : 122/74 mmhg - HR : 83x/i - S : 36°c - Skala nyeri 2 <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan, klien dibolehkan pulang</p>	

BAB IV PEMBAHASAN

A. Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait KKMP dan Konsep Kasus Terkait

A. Pengkajian

Pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti pada saat pengambilan kasus pada tanggal 20 Juli 2023 dengan wawancara dan observasi langsung serta pemeriksaan fisik. Hasil yang didapatkan yaitu klien mengeluh nyeri perut bagian ulu hati. Nyeri dirasakan skala 4, keadaan Umum klien sedang, klien juga tampak sesekali meringis, Pada pengkajian nyeri didapatkan hasil P : Klien mengatakan nyeri pada perut, Q : Klien mengatakan seperti tertusuk tusuk, R: Daerah perut bagian ulu hati, S:Skala nyeri 4 (Tingkat sedang) dengan menggunakan instrumen *Hayward*, T: Terjadi tiba-tiba, selain itu didapatkan tanda-tanda vital Tekanan darah 111/74MmHg, Suhu 36,3°C, N77x/i, SpO₂ 98 dan RR 19x/i. Instrumen hayward digunakan sebagai instrumen skala nyeri pada penelitian ini dibandingkan dengan instrument yang lain seperti Vas karena pada instrument *hayward* dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan. Intensitas nyeri ini sifatnya subjektif dan di pengaruhi oleh banyak hal seperti tingkat kesadaran, konsentrasi, jumlah distraksi, tingkat aktivitas dan harapan keluarga. Intensitas nyeri dapat dijabarkan dalam sebuah skala nyeri dengan beberapa kategori.

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses

keperawatan melalui pendekatan yang sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya. Pengkajian yang lengkap, akurat dan sesuai dengan kenyataan kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien (Bulan & Nim, 2019).

Jika dibandingkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Asriawan pada tahun 2021 yang melakukan penelitian pada pasien dengan kasus colic abdomen didapatkan data yang sama yaitu berupa nyeri di area perut yang menjalar ke ulu hati, klien juga sulit rileks/ gelisah, dan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk tusuk dengan skala nyeri 7. Dari penelitian tersebut membuktikan bahwa tidak terjadi kesenjangan data subjektif dan objektif antara penelitian yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya dengan penelitian yang tengah dilakukan oleh peneliti.

B. Diagnosa

Berdasarkan masalah yang terkait pada Tn R dengan diagnosa medis colic abdomen adalah nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis. Penyebab dari masalah keperawatan nyeri akut karena pada hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien Tn R didapatkan data berupa : klien mengeluh nyeri pada perut bagian ulu hati, klien tampak sesekali meringis, tampak gelisah dan sulit rileks serta klien mengeluh sulit tidur dikarenakan terasa nyeri pada perut. Data yang didapatkan tersebut sesuai dengan gejala dan tanda mayor yang tersedia pada diagnosa nyeri akut yang ada pada buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang dimana harus terpenuhi kriteria mayor minimal 80%.

Diagnosa keperawatan adalah Keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial, selain itu diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan (Novieastari, 2019).

C. Implementasi dan Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan penilaian hasil dan proses, penilaian ini dilakukan untuk menentukan seberapa jauh keberhasilan yang telah dicapai sebagai keluaran dari tindakan, (Kurniati, 2019).

Evaluasi Keperawatan Tn R dilakukan dengan metode SOAP yang terdiri dari Subjetive, Objective Analisis dan Planning. Metode ini digunakan untuk mengetahui keefektifan dari tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil.

Evaluasi keperawatan pada hari pertama Kamis 20 Juli 2023 yaitu klien masih mengeluh nyeri pada area perut menjalar ke ulu hati dengan skala nyeri 4, Klien tampak sesekali meringis, Klien masih tampak gelisah, berdasarkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital Tn R TD : 111/74 mmHg, S : 36,3°C, P: 19, N : 77x/i, masalah klien belum teratasi, dan intervensi dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan pada hari kedua, Jumat 21 Juni 2023 yaitu klien mengatakan nyeri pada area perut bagian ulu hati dengan skala nyeri 3, Klien masih tampak sesekali meringis, Klien tampak gelisah, berdasarkan pemeriksaan tanda-tanda vital Tn R TD: 125/73 mmHg, S: 36,3°C, P: 18,

N:63x/, masalah keperawatan dengan nyeri akut mulai teratasi sebagian
Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan hari ke 3 pada tanggal 22 Juli 2023 yaitu Klien mengatakan nyeri pada area perut menurun, dengan skala nyeri 2, Klien, Klien sudah tidak tampak meringis, Klien sudah tampak rileks, berdasarkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital Tn.R TD:122/74mmHg, S:36°C, P:18x/i, N:83x/i, masalah teratasi, klien boleh pulang.

B. Analisis Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait

Luaran yang menjadi target peneliti berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia yaitu status tingkat nyeri dan kontrol nyeri. Dengan kriteria hasil keluhan nyeri dari meningkat menjadi menurun, meringis dari meningkat menjadi menurun, gelisah dari meningkat menjadi menurun, kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis dari menurun menjadi meningkat.

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan untuk perilaku spesifik dari tindakan yang akan dilakukan oleh perawat. Intervensi yang digunakan berdasarkan teori yaitu: manajemen nyeri. Pada observasi dilakukan : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal dan identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Pada tindakan terapeutik dilakukan : memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres air hangat), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur. Dan pada tindakan edukasi dilakukan : jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan

menggunakan analgetik secara tepat, anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Pada tindakan kolaborasi dilakukan pemberian analgetik.

Dalam jurnal penelitian yang dilakukan oleh Darsini pada tahun 2019 menunjukkan bahwa intervensi manajemen nyeri salah satu tindakan adalah terapi kompres air hangat dapat membantu menurunkan tingkat nyeri bagi pasien dengan kasus colic abdomen

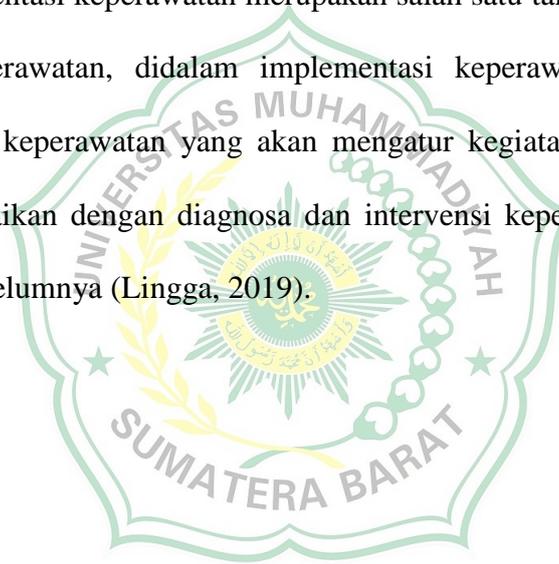
C. Alternatif Pemecahan yang Dapat Dilakukan

Berdasarkan masalah keperawatan pada Tn R, peneliti melakukan implementasi selama 3 hari atau 3x24 jam sesuai dengan intervensi yang telah ditentukan. Adapun intervensi keperawatan yang telah ditentukan berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan) yaitu : manajemen nyeri dan kompres hangat.

Seluruh pelaksanaan keperawatan yang dilakukan dan pelaksanaannya sesuai dengan rencana keperawatan. Sehingga dalam pelaksanaan implementasi keperawatan tidak terdapat kesenjangan yang berarti. Berdasarkan masalah keperawatan tersebut penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari sesuai dengan intervensi yang telah dibuat dengan memperhatikan aspek tujuan dan kriteria hasil dalam rentang yang telah ditentukan. Adapun Intervensi keperawatan yang telah ditentukan yaitu : Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, Memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Teknik Kompres hangat selama 2 atau 1 x sehari , Memfasilitasi istirahat dan tidur, Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan menggunakan obat anti

nyeri dan kompres air hangat, dan Mengkolaborasi pemberian analgetik. Alasan di pilihnya tindakan non farmakologis yaitu kompres air hangat dikarenakan pemberian kompres air hangat merupakan salah satu tindakan mandiri perawat, efek hangat dari kompres dapat menyebabkan vasodilatasi pada pembuluh darah yang akan meningkatkan aliran darah ke jaringan penyaluran zat asam dan makanan ke sel-sel di perbesar dan pembuangan dari zat zat diperbaiki yang dapat mengurangi rasa nyeri akibat colic abdomen.

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap pelaksanaan proses asuhan keperawatan, didalam implementasi keperawatan terdapat tatanan pelaksanaan keperawatan yang akan mengatur kegiatan asuhan keperawatan yang disesuaikan dengan diagnosa dan intervensi keperawatan yang telah di tetapkan sebelumnya (Lingga, 2019).



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan dengan studi kasus melalui pendekatan keperawatan selama 3x24 jam di RSUD DR. Adnaan WD Payakumbuh selama 3 hari mulai tanggal 20 Juli sampai 22 Juli 2023 dengan melakukan penerapan asuhan keperawatan pada Tn R dengan diagnosa medis colic Abdomen yang dibuat sesuai dengan kondisi pasien dan berdasarkan tahapan proses keperawatan pengkajian, diagnosa, intervensi dan implementasi dan evaluasi, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada hasil pengkajian keperawatan Tn R diketahui klien mengeluh nyeri pada area perut bagian ulu hati. Pada pengkajian nyeri didapatkan hasil P : Klien mengatakan nyeri pada area perut, Q : Klien mengatakan seperti tertusuk tusuk, R : Daerah perut bagian ulu hati, S:Skala nyeri 4, T: Terjadi tiba tiba, selain itu pada saat pemeriksaan perut didapatkan data klien mengeluh nyeri pada area perut, terdapat nyeri tekan, Berdasarkan hasil pemeriksaan Tanda – tanda vital: Tekanan darah 111/74 MmHg,Suhu 36,3°C, N77x/i, dan RR 19x/i.
2. Diagnosa keperawatan utama pada Tn R adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (ulu hati).
3. Perencanaan keperawatan pada Tn.R berdasarkan Standar intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu manajemen nyeri dengan kriteria hasil berdasarkan standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu tingkat

nyeri menurun.

4. Implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan selama 3x24 jam berupa tindakan Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, Memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu Teknik Kompres hangat, Memfasilitasi istirahat dan tidur, Menjelaskan strategi meredakan nyeri, dan Mengkolaborasi pemberian analgetik.
5. Hasil evaluasi pada Tn R setelah dilakukan implemmentasi selama 3 hari menunjukkan bahwa pada hari ke 3 masalah nyeri pada Tn R dapat teratasi di tandai dengan Tn R mengatakan nyeri perutnya menurun dari skala 4 menjadi skala 2, Klien sudah tidak tampak meringis, Klien sudah tampak rileks hasil TTV TD:122/74 mmHg,S:36°C,P:18x/i,N:83x/i.
6. Setelah dilakukan penerapan Manajemen nyeri pada Tn R selama 3 hari menunjukkan bahwa tindakan keperawatan mampu mengatasi nyeri secara efektif.

B. Saran

Dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada klien dengan Diagnosa medis colic Abdomen Peneliti menyarankan:

1. Bagi rumah sakit

Diharapkan dengan hasil penelitian ini perawat dapat melakukan intervensi kompres air hangat ada pasien dengan colic abdomen dan meningkatkan dalam pemberian pelayanan kesehatan yang lebih baik lagi, serta meningkatkan pelayanan penyediaan fasilitas atau sarana dan

prasarana pelayanan kesehatan yang lebih memadai untuk proses penyembuhan klien.

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan institusi dapat lebih meningkatkan mutu Pendidikan sehingga menghasilkan perawat yang professional, mandiri, dan inofatif terutama dalam pemberian pelayanan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah kesehatan colic Abdomen.

3. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan para perawat memiliki keterampilan dan tanggung jawab yang lebih dalam pemberian pelayanan asuhan keperawatan, serta mampu menjalin kerjasama dengan tim kesehatan yang lain dan keluarga klien untuk mempercepat penyembuhan klien, khususnya klien dengan masalah kesehatan colic Abdomen.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti lain yang akan melakukan penelitian dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai data dan informasi dasar untuk melaksanakan penelitian selanjutnya

DAFTAR PUSTAKA

- Abarca, R. M. (2021). Laporan Pendahuluan Kolik Abdomen. *Nuevos Sistemasde Comunicación e Información*, 2013–2015.
- Ardani, I. O. (2019). Pengaruh Kompres Air Hangat Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Penderita colic abdomen Di Puskesmas Dagangan Kecamatan Dagangan Kabupaten Madiun (Vol. 3).
- AzizAlimulHidayat, M.U. (2016).Pengantar KebutuhanDasar Manusia.
- Bulan, S., &Nim, S. (2019). Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam Proses Keperawatan,1(1).
- Darsini. (2019). Pengaruh Kompres Hangat terhadap Penurunan Skala Nyeri padaPasien dengan Kolik Abdomen. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 59–62.
- Dinarti, &Mulyanti, Y. (2017). Dokumentasi Keperawatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 172.
- Dova Maryanal, A. C. N. A. (2021). Asuhan Keperawatan Pasien Abdominal Pain Dengan Kolik Abdomen Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman. *Jurnal UHA Keperawatan*, 47(4), 124–134.<https://doi.org/10.31857/s013116462104007x>
- Ginting, D. S., Indriani, R., Andera, N. A., Sendra, E., Rini, D. S., Setiyorini, E.,Juwariah, T., Kusumaningrum, V., & Sulupadang, P. (2022). *Anatomi Fisiologi Tubuh Manusia* (M. Sari & R. M. Sahara (eds.); 1st ed.). Global Eksekutif Teknologi.
- Hannan, M., Suprayitno, E., & Yuliyana, H. (2019). Pengaruh Terapi KompresHangat Terhadap Penurunan Nyeri Sendi Osteoarthritis Pada Lansia DiPosyandu Lansia Puskesmas Pandian Sumenep. *Wiraraja Medika*, 9(1), 1–10.<https://doi.org/10.24929/fik.v9i1.689>
- Intan, O. (2020). Standar Operasional Prosedur (SOP) Kompres Hangat pada Nyeri.1–3.
- Johanis, P. (2017). Asuhan Keperawatan Pada Nn. B. M Dengan GangguanPemenuhan Kebutuhan Dasar Aman & Nyaman (Nyeri Akut) Di RuangMawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang. In *Journal of Chemical Informationand Modeling* (Vol. 53, Issue 9).
- Kasiati.(2016).Kebutuhan Dasar Manusia.
- Kemkes RI. (2019). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2019. Kementerian Kesehatan RI, 53(9),1689–1699.
- Kurniati,D.(2019).Impelementasi Dan Evaluasi Keperawatan.
- Lingga, B. Y. S. U. (2019). Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan. In *Jurnal Penelitian Bahasa, Sastra Indonesia dan Pengajarannya* (Vol. 2, Issue 1, pp. 1–16).
- Nisa, K. (2017). Peran dan Kewajiban Perawat Sebagai Pemberi Asuhan Keperawatan diRumah Sakit. 1–9.
- Novieastari, E. (2019). Diagnosa Keperawatan Sejahtera. *Jurnal Keperawatan Indonesia*,7(2), 77–80.<https://doi.org/10.7454/jki.v7i2.137>
- Pinzon,R.T.(2016). Pengkajian nyeri komprehensif.

- PPNI. (2019a). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. DPP PPNI.
- PPNI.(2019b).Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.
- PPNI. (2019c). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Putra, K. K., & Budiarta, I. G. (2017). Nosiseptor: klasifikasi dan fisiologi. *Jurnal Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*, 1–19.
- Rachman, T. (2018). Laporan Pendahuluan Kasus Kolik Abdomen Di Ruang Cempaka RSUD Banyumas Stase Keperawatan Medikal Bedah. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 10–27.
- Saputra, D. (2019). Hubungan Batu Saluran Kemih Bagian Atas Dengan Karsinoma Sel Ginjal Dan Karsinoma Sel Transisional Pelvis Renalis. *BMC Public Health*, 5(1), 1–8.
- Siallagan, W. O. (2019). Gambaran Karakteristik Pasien Colic Abdomen Di Rumah Sakit Umum Daerah Labuhan Batu Selatan Tahun 2019. 72.
- Susanti, E. T., Rusminah, & Putri, A. K. (2016). Kompres hangat terhadap tingkat nyeri dismenore. *Jurnal Keperawatan Volume 2, Nomor 1, Juli 2016 Hal 1-6*, 2(1), 1–6.
- Yeni, B., & Ukur, S. (2019). Latar belakang tujuan metode hasil pembahasan. *Komponen Dan Jenis-Jenis Evaluasi Dalam Asuhan Keperawatan*, 1995, 1–5.

