

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Ny. S C” DENGAN KASUS  
KOLIK ABDOMEN DI RUANG PERAWATAN INTERNA  
RSUD KOTA MAKASSAR  
TANGGAL 02 S/D 04 JUNI 2022**



**Karya Tulis Ilmiah**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada  
Program D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin**

**YUNITA  
NIM. C017191030**

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

**2022**

## HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

NAMA : **YUNITA**  
NIM : C017191007  
INSTITUSI : D.III Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Klien "NY. S

C” Dengan Kasus Kolik Abdomen di Ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar Tanggal 02 S/D 04 Juni 2022, adalah benar-benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar 17 Juni 2021

**YANG MEMBUAT PERNYATAAN,**  
  
**YUNITA**

**PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Ny. S C” DENGAN KASUS  
KOLIK ABDOMEN DI RUANG PERAWATAN INTERNA  
RSUD KOTA MAKASSAR  
TANGGAL 02 S/D 04 JUNI 2022**

Disusun dan Diajukan oleh :

**YUNITA**  
**NIM. C017191030**

Diterima dan disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang  
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Makassar, Juni 2022

Menyetujui :

Pembimbing II



**Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes**  
**NIP. 197704212009121003**

Pembimbing II



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

Mengetahui :

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



**Nurmaulida, S.Kep.,Ns., M.Kep**  
**NIP. 19831219 201012 2 004**

## PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Ny. S C” DENGAN KASUS  
KOLIK ABDOMEN DI RUANG PERAWATAN INTERNA  
RSUD KOTA MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh :

YUNITA  
NIM. C017191030

Karya tulis ini telah dipertahankan di depan Tim Penguji Sidang Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, pada:

Hari/Tanggal : Rabu, 22 Juni 2022

Waktu : Jam 08.00 – 10.00 Wita

Tempat : Ruang PB 322 Prodi D.III Keperawatan  
Fakultas Keperawatan

Tim Penguji :

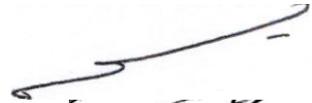
Ketua/Penguji I : Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes



Penguji II : Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D



Penguji III : Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MHS., Ph.D

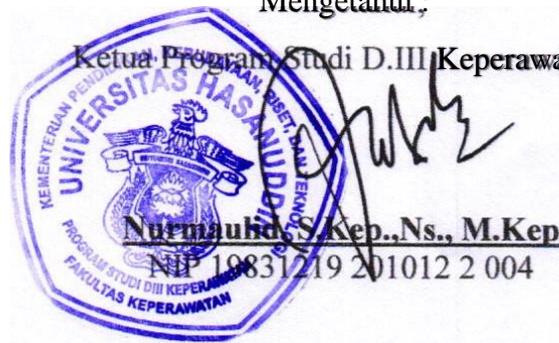


Penguji IV : Andi Fajrin Permana, S.Kep., Ns., M.Sc



Mengetahui;

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



## RIWAYAT HIDUP



### A. IDENTITAS

1. Nama : Yunita
2. Tempat/Tgl Lahir : Benteng / 14 September 2000
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Suku/Bangsa : Bugis
5. Agama : Islam
6. No. Telepon : 082311483746
7. Email : yunitasyamsul140900@gmail.com
8. Alamat : Wisma 2 Unhas Tamalanrea

### B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN 29 BENTENG Tahun 2007 s/d 2013
2. SMPN 1 SEGERI Tahun 2013 s/d 2016
3. SMAN 1 AGATS Tahun 2016 s/d 2019

## ABSTRAK

YUNITA, (*Asuhan Keperawatan Pada Klien “Ny. S C” Dengan Kasus Kolik Abdomen Di Ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar*) “dibimbing oleh Dr. Takdir Tahir dan Rini Rachmawaty”.

Kolik Abdomen adalah rasa nyeri pada perut yang sifatnya hilang timbul dan bersumber dari organ yang terdapat dalam abdomen atau perut, yang disebabkan oleh infeksi di dalam organ perut. Insiden Kolik Abdomen di Indonesia tercatat 40,85% dari 800.000 orang penduduk. Berdasarkan hasil pengamatan penelitian yang dilakukan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, diperoleh angka penderita Kolik Abdomen di Indonesia cukup tinggi sekitar 91.6%. penyebab dominan dari kasus Kolik Abdomen tersebut adalah makanan yang mengandung pedas dan biji-bijian seperti : lombok, biji jambu, dan biji tomat (Depkes RI, 2012).

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar selama 3 hari mulai tanggal 02 s/d 04 Juni 2022. Sumber data dari klien, keluarga, dan penulisan literatur yang berkaitan dengan kasus. Teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan diagnostic dan program pengobatan yang berpedoman pada format pengkajian keperawatan *medical bedah*. Studi kasus ini memberikan gambaran tentang penerapan asuhan keperawatan pada klien “Ny. S C” dan kesenjangan antara teori dan kasus pada setiap tahapan proses keperawatan.

Pada tahap pengkajian ditemukan data pada teori tetapi tidak ditemukan pada kasus, sedangkan pada tahap diagnosa ditemukan 4 diagnosa pada teori dan 3 diagnosa ditemukan pada kasus. Tahap perencanaan, semua rencana pada teori dapat direncanakan pada kasus, tetapi tidak semua dapat diimplementasikan pada kasus, evaluasi proses dilakukan setiap perubahan keadaan pasien.

Kesimpulan dari studi kasus ini bahwa ke 4 tahap proses keperawatan meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Kecuali pada tahap rencana keperawatan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara rencana keperawatan pada teori dan rencana keperawatan pada kasus. Pendokumentasian dilakukan selama 3 hari di ruang perawatan interna RSUD Kota Makassar mulai tanggal 02 s/d 04 Juni 2022.

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan karunia-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul *“Asuhan Keperawatan Pada Ny. S C dengan Kasus Kolik Abdomen di Ruang Perawatan Interna Rumah Sakit Umum Kota Makassar”* dengan tepat pada waktunya. Penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah ini dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan D.III Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari orang terdekat sehingga penulis mampu menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Prof. Dr. Jamaluddin Jompa, M.Sc, selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M.,Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Elisa Kambu, S.Sos, selaku Bupati Pemerintah Daerah Kabupaten Asmat yang sudah memfasilitasi dan membiayai segalanya
4. Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D, selaku Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi Fakultas Keperawatan
5. Dr. Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Wakil Dekan Bidang Perencanaan, Keuangan dan Sumber Daya Fakultas Keperawatan
6. Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Kemitraan Fakultas Keperawatan
7. Dr. Suni Hariati, S. Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Gugus Penjaminan Mutu Fakultas Keperawatan
8. Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan yang selalu mendukung kami
9. Dr. Achmad Asyarie, selaku Direktur RSUD Kota Makassar yang sudah memfasilitasi tempat untuk melakukan pengambilan kasus KTI di Ruang Perawatan Interna

10. Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Pembimbing I sekaligus Penguji I
11. Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D, selaku Pembimbing II sekaligus Penguji II
12. Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MHS., Ph.D, selaku Penguji III yang banyak memberikan masukan untuk kesempurnaan naskah ini
13. Andi Fajrin Permana, S.Kep., Ns., M.Sc, selaku Penguji IV yang banyak memberikan masukan untuk kesempurnaan naskah ini
14. Kepada Pengelola Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
15. Klien “Ny. S C” yang sudah bersedia menjadi responden pada laporan kasus ini
16. Kepada keluarga saya terutama kedua orang tua dan adik-adik saya yang selalu memberikan dukungan, semangat, dan selalu mendoakan saya
17. Teman dekat yang selalu memberikan semangat dan motivasi untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dari semua pihak terkait untuk kesempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang akan datang.

Makassar, Juni 2022

Penulis

**YUNITA**

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>RIWAYAT HIDUP</b> .....	iv
<b>ABSTRAK</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	viii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	x
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xii
<b>DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN</b> .....	xiii
<b>BAB I       PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
C. Manfaat Penulisan.....	2
D. Metode Penulisan.....	3
<b>BAB II       TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	5
A. Konsep Dasar Penyakit.....	5
1. Pengertian .....	5
2. Anatomi Fisiologi.....	5
3. Etiologi.....	6
4. Klasifikasi.....	7
5. Insiden.....	8
6. Patofisiologi.....	8
7. Manifestasi Klinik.....	9
8. Tes Diagnostik.....	10

	9. Penatalaksanaan Medik.....	10
	B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	11
	1. Pengkajian Keperawatan.....	11
	2. Dampak Terhadap Kebutuhan Manusia.....	13
	3. Diagnosa Keperawatan.....	14
	4. Rencana Keperawatan.....	15
	5. Tindakan Keperawatan.....	23
	6. Evaluasi Keperawatan.....	23
<b>BAB III</b>	<b>TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>25</b>
	A. Pengkajian Keperawatan.....	25
	B. Analisa Data.....	38
	C. Diagnosa Keperawatan.....	39
	D. Rencana Keperawatan.....	39
	E. Tindakan Keperawatan.....	43
	F. Evaluasi Keperawatan.....	43
<b>BAB IV</b>	<b>PEMBAHASAN.....</b>	<b>50</b>
	A. Pengkajian Keperawatan.....	50
	B. Diagnosa Keperawatan.....	50
	C. Rencana Keperawatan.....	50
	D. Tindakan Keperawatan.....	53
	E. Evaluasi Keperawatan.....	53
<b>BAB V</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>55</b>
	A. Kesimpulan .....	55
	B. Saran .....	55
	<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>57</b>
	<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN.....</b>	<b>58</b>

## DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1.1	Rencana Asuhan Keperawatan dengan Kolik Abdomen	15
Tabel 1.2	NORTON SCALE Pada klien “Ny. S C” dengan kolik abdomen	30
Tabel 1.3	BARTEL INDEX Pada klien “Ny. S C” dengan kolik abdomen	31
Tabel 1.4	FALL RISK Pada klien “Ny. S C” dengan kolik abdomen	32
Tabel 1.5	Daftar obat yang dikonsumsi oleh klien “Ny. S C”	33
Tabel 1.6	Pemeriksaan Urin Pada klien “Ny. S C” di RSUD Kota Makassar	35
Tabel 1.7	Pemeriksaan Laboratorium Pada klien “Ny. S C” di RSUD Kota Makassar	36
Tabel 1.8	Analisa Data klien “Ny. S C” dengan kolik abdomen di Ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar	38
Tabel 1.9	Rencana Keperawatan Pada klien “Ny. S C” dengan kolik abdomen di Ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar	39
Tabel 2.1	Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan Pada klien “Ny. S C” dengan kolik abdomen di Ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar	43

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Abdomen berdasarkan kuadran	5
Gambar 1.2 Genogram 3 generasi	37

## DAFTAR LAMPIRAN

		Halaman
Lampiran 1	Logbook KTI	58

## DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Singkatan dan Lambang	Penjelasan
Ny.	Nyonya
s/d	Sampai dengan
D.III	Diploma III
NIM	Nomor Induk Mahasiswa
NIP	Nomor Identitas Pegawai
Tgl	Tanggal
No.	Nomor
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
%	Persen
Depkes RI	Departemen Kesehatan Republik Indonesia
KTI	Karya Tulis Ilmiah
WHO	World Health Organization
±	Kurang Lebih
IPTEK	Ilmu Pengetahuan dan Teknologi
Cm	Centimeter
H <sub>2</sub> O	Air
/	Garis miring
HB	Hemoglobin
Na <sup>+</sup> K <sup>+</sup>	Natrium Klorida
×	Kali
Mis.	Misalnya
DS	Data Subjektif
DO	Data Objektif
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
REM	Rapid Eye Movement
SOAP	Subjektif, Objektif, Analisis/Assessment, Perencanaan/Planning
RM	Rekam Medis
MmHg	Milimeter air raksa
°C	Derajat celcius
SaO <sub>2</sub>	Saturasi Oksigen
Kg	Kilogram
IMT	Index Massa Tubuh
Kg/m <sup>2</sup>	Kilogram meter persegi
UGD	Unit Gawat Darurat
BAB	Buang Air Besar
BAK	Buang Air Kecil
PNS	Pegawai Negeri Sipil
SMA	Sekolah Menengah Atas
O <sub>2</sub>	Oksigen
BB	Berat Badan

>	Lebih Dari
RL	Ringer Laktat
TPN	Total Parenteral Nutrition
PPN	Partial Parenteral Nutrition
MI	Mililiter
USG	Ultrasonografi
<	Kurang dari
=	Sama dengan
Mg	Miligram
IV	Intra Vena
Tpm	Tetes per menit
MCV	Mean Corpuscular Volume
MCH	Mean Corpuscular Hemoglobin
MCHC	Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration
RDW-SD	Red Cell Distribution Width-Standard Deviation
RDW-CV	Red Cell Distribution Width-Coefficient Variation
PDW	Platelet Distribution Width
MPV	Mean Platelet Volume
P-LCR	Platelet- Large Cell Ratio
PCT	Procalcitonin
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
G I, G II, G III	Generasi I, II, III
Ket.	Keterangan
NRS	Numeric Rating Scale
TD	Tekanan Darah
PQRST	Provokatif (penyebab), Kualitas, Region (penyebaran), Skala (keparahan), Timing (waktu)
TTV	Tanda-tanda vital
Pokja	Kelompok Kerja
SIKI	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
PPNI	Persatuan Persatuan Perawat Indonesia
DPP	Dewan Pengurus Pusat

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kolik abdomen adalah rasa nyeri pada perut yang sifatnya hilang timbul dan bersumber dari organ yang terdapat dalam abdomen atau perut, yang disebabkan oleh infeksi di dalam organ perut. Faktor penyebab kolik abdomen adalah konstipasi yang tidak dapat terobati dan gejala klinis kolik abdomen adalah kram pada abdomen, distensi, muntah, dan adanya nyeri tekan pada abdomen. Akhir-akhir ini, peningkatan kolik abdomen meningkat sangat pesat. Kejadian penyakit kolik abdomen terjadi karena pola hidup yang tidak sehat sehingga berdampak pada kesehatan tubuh (Bare, 2011)

Menurut data dari WHO (World Health Organization) pada tahun 2012  $\pm 7$  miliar jiwa, Amerika Serikat berada diposisi pertama dengan penderita kolik abdomen terbanyak 47% dari 810.000 orang penduduk. Nyeri abdomen dapat berasal dari dalam organ abdomen termasuk nyeri viseral dan dari lapisan dinding perut (nyeri somatik). Lokasi nyeri abdomen bisa mengarah pada penyebab nyeri, walaupun sebagian nyeri yang dirasakan merupakan penjaralan dari tempat lain (Barbara, 2011).

Penatalaksanaan kolik abdomen dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan radiologi yang di dalamnya terdapat aspirasi abses abdomen dan terapi antibiotik. Pada akhirnya, penanganan pasien kolik abdomen secara umum adalah dengan menentukan apakah pasien tersebut merupakan kasus bedah yang harus dilakukan tindakan operasi atau tidak (Corwin, 2011).

Pencegahan kolik abdomen yang dilakukan pada pasien adalah mengurangi dan menghindari makanan yang pedas, bersifat asam, makanan instan, dan jenis sayuran tertentu misalnya kol dan sawi, serta menghindari melakukan aktivitas yang berat (Barbara, 2011)

## B. Tujuan Penulisan

### 1. Tujuan Umum :

Untuk mendapatkan gambaran penatalaksanaan asuhan keperawatan pada klien “Ny. S C” dengan kasus kolik abdomen di ruang perawatan interna RSUD Kota Makassar tanggal 02 s/d 04 Juni 2022.

### 2. Tujuan Khusus :

- a. Untuk mendapatkan gambaran data yang tercantum dalam teori dan data hasil pengkajian pada klien “Ny. S C” dengan kasus kolik abdomen di ruang perawatan interna RSUD Kota Makassar.
- b. Untuk mendapatkan gambaran diagnosa keperawatan yang terdapat dalam teori dengan diagnosa keperawatan pada klien “Ny. S C” dengan kasus kolik abdomen di ruang perawatan interna RSUD Kota Makassar.
- c. Untuk mendapatkan gambaran antara rencana keperawatan yang terdapat dalam teori dengan rencana keperawatan pada klien “Ny. S C” dengan kasus kolik abdomen di ruang perawatan interna RSUD Kota Makassar.
- d. Untuk mendapatkan gambaran antara tindakan keperawatan yang terdapat dalam teori dengan tindakan keperawatan pada klien “Ny. S C” dengan kasus kolik abdomen di ruang perawatan interna RSUD Kota Makassar.
- e. Untuk mendapatkan gambaran antara evaluasi keperawatan yang terdapat dalam teori dengan evaluasi keperawatan pada klien “Ny. S C” dengan kasus kolik abdomen di ruang perawatan interna RSUD Kota Makassar.

## C. Manfaat Penulisan

### 1. Manfaat bagi Bidang Unit Pelayanan Kesehatan

Dari hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan.

## 2. Manfaat bagi Bidang Akademi

Dari hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat meningkatkan IPTEK Keperawatan dan Kualitas proses pendidikan.

## 3. Manfaat bagi Masyarakat / Keluarga / Klien

Bagi masyarakat diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang bagaimana menangani kasus kolik abdomen.

Bagi keluarga diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang bagaimana menangani kasus kolik abdomen.

Bagi klien diharapkan tindakan yang telah diajarkan dapat diingat dan diterapkan saat mengalami kasus kolik abdomen.

## 4. Manfaat bagi Perkembangan Profesi Keperawatan

Dari hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang asuhan keperawatan pada kasus kolik abdomen.

## 5. Manfaat bagi Penulis

Dari hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam menyusun dan memberikan asuhan keperawatan pada kasus kolik abdomen.

## D. Metodologi Penulisan

### 1. Desain Penulisan

Desain penulisan yang digunakan adalah deskriptif dengan metode studi kasus.

### 2. Tempat dan waktu pelaksanaan studi asuhan keperawatan

Tempat untuk pengambilan studi asuhan keperawatan dilakukan di Ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar dan waktu pelaksanaan dilakukan pada tanggal 02 s/d 04 Juni 2022.

### 3. Sumber dan teknik pengumpulan data

a. Sumber data di dapatkan dari klien, keluarga klien dan rekam medis klien.

b. Teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi dengan berpedoman pada format pengkajian keperawatan.

#### 4. Analisa Data

Pada tahap pengkajian ditemukan data pada teori tetapi tidak ditemukan pada kasus, sedangkan pada tahap diagnosa ditemukan 4 diagnosa pada teori dan 3 diagnosa ditemukan pada kasus. Tahap perencanaan, semua rencana pada teori dapat direncanakan pada kasus, tetapi tidak semua dapat diimplementasikan pada kasus, evaluasi proses dilakukan setiap perubahan keadaan pasien.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar Penyakit

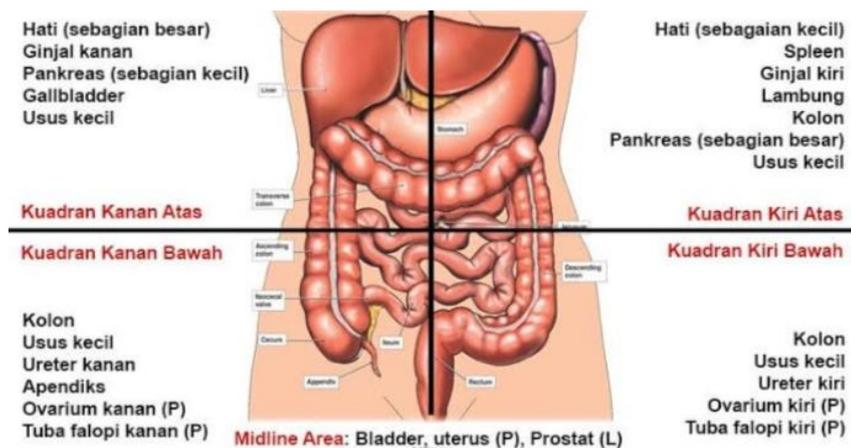
##### 1. Pengertian

Kolik abdomen adalah gangguan pada aliran normal isi usus sepanjang traktus intestinal, obstruksi terjadi ketika ada gangguan yang menyebabkan terhambatnya aliran isi usus ke depan tetapi peristaltik normal (Reeves, 2011).

Kolik abdomen adalah suatu keadaan yang sangat membutuhkan pertolongan secepatnya tetapi tidak begitu berbahaya, karena kondisi penderita yang sangat lemah jadi penderita sangat memerlukan pertolongan dengan segera (Bare, 2011).

Kolik abdomen merupakan salah satu keadaan darurat non trauma, dimana seorang penderita oleh karena keadaan kesehatannya memerlukan pertolongan secepatnya untuk dapat mencegah memburuknya keadaan penderita (Nettina, 2012).

##### 2. Anatomi Fisiologi



Gambar 1.1 Abdomen berdasarkan kuadran

Gaster terletak melintang dari kiri ke kanan melintasi abdomen bagian atas antara hati dan diafragma. Dalam keadaan kosong gaster berbentuk huruf J, gaster akan berakhir pada pylorus yang mempunyai

sebuah otot sphincter yang berfungsi menutup dan membuka saat pengisiran dan pengosongan lambung. Gaster berlanjut kedalam duodenum yang berjalan secara anatomis dan visual sulit dibedakan dan jejunum dan ileum, hanya saja panjang duodenum kira-kira 25 cm dan berakhir pada ligament-ligament treitz berupa sebuah ligament yang berjalan dari sisi kanan diafragma dekat dengan hiatus esophagus dan melekat pada perbatasan duodenum dan jejunum sisa dari usus halus adalah jejunum  $\frac{3}{4}$  bagian akhir disebut ileum.

Secara anatomis letak jejunum adalah diperut bagian kiri, sedangkan ileum dibagian kanan. Makanan masuk melalui sphincter pylorium keduodenum, maka sisa makanan akan melalui katub ileocolic valve, yang mencegah berbaliknya makanan dari usus besar kedalam usus halus. Pada ujung caecum terdapat appendix vermicularis. Colon (usus besar) lebih besar dari usus halus yang terdiri dari caecum, colon pars descendens, colon pars ascendens, colon transversum dan rectum, lapisan usus besar terdiri dari tunika serosa, tunika submukosa, tunika muskularis, tunika mukosa.

### 3. Etiologi

Adapun yang menjadi penyebab dari kolik abdomen yaitu :

#### a. Secara mekanis

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

- b. Fungsional (non mekanik)
  - 1) Ileus paralitik (keadaan abdomen akut berupa kembung distensi usus tidak dapat bergerak).
  - 2) Lesi medula spinalis (suatu kerusakan fungsi neurologis yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas).
  - 3) Enteritis regional.
  - 4) Ketidakseimbangan elektrolit
  - 5) Uremia (kondisi yang terkait dengan penumpukan urea dalam darah karena ginjal tidak bekerja secara efektif) (Reeves, 2011).
- c. Etiologi yang lain yaitu :
  - 1) Inflamasi peritoneum parietal : perforasi peritonitis, opondisitis, diverti kulitis, pankreatitis, kolesistitis.
  - 2) Kelainan mukosa viseral : tukak peptik, inflammatory bowel disease, kulitis infeksi, esofagitis.
  - 3) Obstruksi viseral : ileus obstruksi, kolik bilier atau renal karena batu.
  - 4) Regangan kapsula organ : hepatitis kista ovarium, pilelonefritis.
  - 5) Gangguan vaskuler : iskemia atau infark intestinal.
  - 6) Gangguan motilitas : irritable bowel syndrome, dispepsia fungsional.
  - 7) Ekstra abdominal : hespes trauma muskuloskeletal, infark miokard dan paru dan lainnya.

#### 4. Klasifikasi

- a. Kolik abdomen visceral adalah berasal dari organ dalam, visceral di mana intervasi berasal dari saraf memiliki respon terutama terhadap distensi dan kontraksi otot, bukan karena iritasi lokal, robekan atau luka karakteristik nyeri visceral diantaranya sulit terlokalisir, tumpul, samar, dan cenderung beralih ke area dengan struktur embrional yang sama.

- b. Kolik abdomen alih adalah nyeri yang dirasakan jauh dari sumber nyeri akibat perjalanan serabut saraf (Reeves, 2011).

## 5. Insiden

Kolik Abdomen di Indonesia tercatat 40,85% dari 800.000 orang penduduk. Berdasarkan hasil pengamatan penelitian yang dilakukan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, diperoleh angka penderita Kolik Abdomen di Indonesia cukup tinggi sekitar 91.6%. penyebab dominan dari kasus Kolik Abdomen tersebut adalah makanan yang mengandung pedas dan biji-bijian seperti : lombok, biji jambu, dan biji tomat (Depkes RI, 2012).

## 6. Pathofisiologi

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

Limem usus yang tersumbat profesif akan terenggang oleh cairan dan gas. Akumulasi gas dan cairan didalam lumen usus sebelah proksimal dari letak obstruksi mengakibatkan distensi dan kehilangan H<sub>2</sub>O dan elektrolit dengan peningkatan distensi maka tekanan intralumen meningkat, menyebabkan penurunan tekanan vena dan kapiler arteri sehingga terjadi iskemia dinding usus dan kehilangan cairan menuju ruang peritonium akibatnya terjadi pelepasan bakteri dan toksin dari usus, bakteri yang berlangsung cepat menimbulkan peritonitis septik ketika terjadi kehilangan cairan yang akut maka kemungkinan terjadi syok hipovolemik. Keterlambatan dalam melakukan pembedahan atau jika terjadi strangulasi akan menyebabkan kematian.

Ileus obstruktif merupakan penyumbatan intestinal mekanik yang terjadi karena adanya daya mekanik yang bekerja atau mempengaruhi dinding usus sehingga menyebabkan penyempitan / penyumbatan lumen usus. Hal tersebut menyebabkan pasase lumen usus terganggu. Akan terjadi pengumpulan isi lumen usus yang berupa gas dan cairan, pada bagian proximal tempat penyumbatan, yang menyebabkan pelebaran dinding usus (distensi).

Sumbatan usus dan distensi usus menyebabkan rangsangan terjadinya hipersekresi kelenjar pencernaan. Dengan demikian akumulasi cairan dan gas makin bertambah yang menyebabkan distensi usus tidak hanya pada tempat sumbatan tetapi juga dapat mengenai seluruh panjang usus sebelah proximal sumbatan. Sumbatan ini menyebabkan gerakan usus yang meningkat (hiperperistaltik) sebagai usaha alamiah. Sebaliknya juga terjadi gerakan anti peristaltik. Hal ini menyebabkan terjadinya kolik abdomen.

## 7. Manifestasi Klinik

### a. Mekanika sederhana - usus halus atas

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

### 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. Mekanika obstruksi 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 persisten; biasanya bising usus menurun dan nyeri tekan terlokalisir hebat. Feses atau vomitus menjadi berwarna gelap atau berdarah atau mengandung darah samar (Reeves, 2011).

8. Test Diagnostik

a. Pemeriksaan fisik : tanda-tanda vital.

b. Pemeriksaan abdomen : lokasi nyeri.

c. Pemeriksaan rectal.

d. Laboratorium : leukosit, HB.

e. Sinar X abdomen menunjukkan gas atau cairan di dalam usus.

f. Barium edema menunjukkan kolon yang terdistensi, berisi udara atau lipatan sigmoid yang tertutup.

g. Penurunan kadar serum natrium, kalium dan klorida akibat muntah, peningkatan hitung sel darah putih dengan nekrosis, strangulasi atau peritonitis dan peningkatan kadar serum amilase karena iritasi pankreas oleh lipatan khusus.

h. Arteri gas darah dapat mengindikasikan asidosis atau alkalosis metabolik (Reeves, 2011)

9. Penatalaksanaan Medik

a. Penatalaksanaan kolik abdomen secara non farmakologi yaitu :

1) Koreksi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit

2) Implementasikan pengobatannya untuk syok dan peritonitis

3) Hiperalimentasi untuk mengoreksi defisiensi protein karena obstruksi kronik, ileus paralitik atau infeksi

- 4) Reseksi dengan anastomosis dari ujung ke ujung
  - 5) Ostomi barrel ganda jika anastomosis dari ujung ke ujung terlalu beresiko
  - 6) Kolostomi lingkaran untuk mengalihkan aliran feses dan mendekompresi usus yang dilakukan sebagai prosedur kedua.
- b. Penatalaksanaan kolik abdomen secara farmakologi yaitu :
- 1) Terapi Na + K + komponen darah
  - 2) Ringer laktat untuk mengoreksi kekurangan cairan
  - 3) Dekstrose dan air untuk memperbaiki kekurangan cairan intraseluler
  - 4) Dekompresi selang nasoenteral yang panjang dari proksimal usus ke area penyumbatan selang dapat dimasukkan dengan lenih efektif dengan pasien berbaring miring ke kanan
  - 5) Antasid (obat yang melawan keasaman)
  - 6) Antihistamine (obat yang berlawanan kerja terhadap efek histamine) (Reeves, 2011)

## B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

#### a. Identitas klien

- 1) Nama
- 2) Umur
- 3) Jenis kelamin
- 4) Suku bangsa
- 5) Pekerjaan
- 6) Pendidikan
- 7) Alamat
- 8) Tanggal masuk Rumah Sakit
- 9) Diagnosis

b. Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan klien sebelum masuk Rumah Sakit dan saat masuk rumah sakit. Biasanya klien mengeluh nyeri perut, muntah dan lain-lain.

c. Riwayat kesehatan

- 1) Riwayat kesehatan sekarang. Bagaimana serangan itu timbul, lokasi, kualitas, dan faktor yang mempengaruhi dan memperberat keluhan sehingga dibawa ke Rumah Sakit.
- 2) Riwayat kesehatan dahulu. Mengkaji apakah klien pernah sakit seperti yang dirasakan sekarang dan apakah pernah menderita penyakit keturunan lainnya yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan klien.
- 3) Riwayat kesehatan keluarga. Gambaran mengenai kesehatan keluarga dan adakah penyakit keturunan atau menular.

d. Pola-pola fungsi kesehatan

- 1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat. Perubahan penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan sehingga dapat menimbulkan perawatan diri.
- 2) Pola nutrisi dan metabolisme. Terjadi gangguan nutrisi karena klien merasakan nyeri sehingga tidak toleran terhadap makanan dan klien selalu ingin muntah.
- 3) Pola eliminasi. Terjadi gangguan karena klien tidak toleran terhadap makanan sehingga terjadi konstipasi.
- 4) Pola aktivitas dan latihan. Akan terjadi kelemahan dan kelelahan.
- 5) Pola persepsi dan konsep diri. Tidak terjadi gangguan / perubahan dalam diri klien
- 6) Pola sensori dan kognitif. Kurangnya pengetahuan akan menyebabkan kolik abdomen yang berulang.
- 7) Pola reproduksi dan seksual. Tidak terjadi dalam gangguan dalam pola reproduksi dan seksual.

- 8) Pola hubungan peran. Kemungkinan akan terjadi perubahan peran selama klien sakit sehubungan dengan proses penyakitnya.
  - 9) Pola penanggulangan stress. Bagaimana cara klien mengatasi masalahnya.
  - 10) Pola tata nilai dan kepercayaan. Tidak terjadi gangguan pada pola tata nilai dan kepercayaan.
- e. Pemeriksaan fisik
- 1) Status kesehatan umum. Akan terjadi nyeri perut yang hebat, akibat proses penyakitnya.
  - 2) Sistem respirasi. Sesuai dengan derajat nyerinya, jika nyerinya ringan kemungkinan tidak terjadi sesak tapi jika derajat nyerinya hebat / meninggi akan terjadi sesak.
  - 3) Sistem kardiovaskuler. Bisa terjadi takikardi, brodikardi dan distritmia atau penyakit jantung lainnya.
  - 4) Sistem persyarafan. Nyeri abdomen, pusing/sakit kepala karena sinar.
  - 5) Sistem gastrointestinal. Pada sistem gastrointestinal didapatkan intoleran terhadap makanan / nafsu makan berkurang, muntah.
  - 6) Sistem genitourinaria / eliminasi. Terjadi konstipasi akibat intoleransi terhadap makanan.

## 2. Dampak terhadap kebutuhan dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia menurut Maslow dalam teori hierarki menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar. Yaitu yang pertama, kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak harus terpenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual. Kebutuhan yang kedua, kebutuhan rasa aman dan perlindungan yang dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik

meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya, sedangkan perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali, karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya. Kebutuhan yang ketiga, kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya. Kebutuhan yang keempat, kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain. Dan kebutuhan yang ke lima, kebutuhan aktualisasi diri, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

3. Diagnosa keperawatan yang lazim terjadi
  - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen-agen injury biologis (penyakit kolik abdomen)
  - b. Defisit nutrisi berhubungan dengan mual dan muntah
  - c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan peradangan pada abdomen
  - d. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

4. Rencana asuhan keperawatan :

Tabel 1.1 Rencana asuhan keperawatan dengan kolik abdomen

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>Nyeri akut : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>2) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3) Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol> <p>DS :</p> <p>Mengeluh nyeri</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tampak meringis</li> <li>2) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>3) Gelisah</li> <li>4) Frekuensi nadi meningkat</li> <li>5) Sulit tidur</li> <li>6) Tekanan darah meningkat</li> <li>7) Pola napas berubah</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3×24 jam. Maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluhan nyeri menurun</li> <li>2) Meringis menurun</li> <li>3) Sikap protektif menurun</li> <li>4) Gelisah menurun</li> <li>5) Kesulitan tidur menurun</li> <li>6) Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri :</b></p> <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2) Identifikasi skala nyeri</li> <li>3) Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9) Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya TENS, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu</li> </ol>

	<p>8) Nafsu makan berubah</p> <p>9) Proses berfikir terganggu</p> <p>10) Menarik diri</p> <p>11) Berfokus pada diri sendiri</p> <p>12) Diaforesis</p>		<p>ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p><b>Edukasi Teknik Napas :</b></p> <p>observasi</p> <p>1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>3) Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1) Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>2) Jelaskan prosedur teknik napas</p> <p>3) Anjurkan meposisiakan tubuh</p>
--	---	--	--

			<p>senyaman mungkin (mis. Duduk, baring)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</li> <li>5) Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</li> <li>6) Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</li> <li>7) Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</li> </ol>
2.	<p>Defisit nutrisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ketidakmampuan menelan makanan</li> <li>2) Ketidakmampuan mencerna makanan</li> <li>3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi</li> <li>4) Peningkatan kebutuhan metabolisme</li> <li>5) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)</li> <li>6) Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)</li> </ol> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cepat kenyang setelah makan</li> <li>2) Kram/nyeri abdomen</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3×24 jam. Maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Porsi makan yang tidak dihabiskan meningkat</li> <li>2) Kekuatan otot pengunyah meningkat</li> <li>3) Kekuatan otot menelan meningkat</li> <li>4) Perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>5) Nyeri abdomen menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Gangguan Makan</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Timbang berat badan secara rutin</li> <li>2) Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai</li> <li>3) Lakukan kontrak perilaku (mis. Target berat badan, tanggung jawab perilaku)</li> <li>4) Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan</li> <li>5) Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target</li> </ol>

	<p>3) Nafsu makan menurun</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</li> <li>2) Bising usus hiperaktif</li> <li>3) Otot pengunyah lemah</li> <li>4) Membran mukosa pucat</li> <li>5) Sariawan</li> <li>6) Serum albumin turun</li> <li>7) Rambut rontok berlebihan</li> <li>8) Diare</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6) Rambut rontok menurun</li> <li>7) Diare menurun</li> <li>8) Berat badan membaik</li> <li>9) Indeks Massa Tubuh membaik</li> <li>10) Frekuensi makan membaik</li> <li>11) Nafsu makan membaik</li> <li>12) Bising usus membaik</li> <li>13) Tebal lipatan kulit trisep membaik</li> <li>14) Membran mukosa membaik</li> </ol>	<p>dan perubahan perilaku</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak</li> <li>7) Rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis. Medis, konseling)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis. Pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan)</li> <li>2) Ajarkan pengaturan diet yang tepat</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori, dan pilihan makanan</li> </ol>
3.	<p>Gangguan pola tidur : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)</li> <li>2) Kurang kontrol tidur</li> <li>3) Kurang privasi</li> <li>4) Restraint fisik</li> <li>5) Ketiadaan teman tidur</li> <li>6) Tidak familiar dengan peralatan tidur</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3×24 jam. Maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2) Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3) Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>4) Keluhan pola tidur berubah menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Tidur :</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis)</li> <li>3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu,</li> </ol>

	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengeluh sulit tidur</li> <li>2) Mengeluh sering terjaga</li> <li>3) Mengeluh tidak puas tidur</li> <li>4) Mengeluh pola tidur berubah</li> <li>5) Mengeluh istirahat tidak cukup</li> <li>6) Mengeluh kemampuan aktivitas menurun</li> </ol> <p>DO :</p> <p>-</p>	<p>5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>matras, dan tempat tidur)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Batasi waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>4) Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi)</li> <li>6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</li> <li>5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</li> <li>6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ol>
--	--	---	---

4.	<p>Ansietas : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Krisis situasional</li> <li>2) Kebutuhan tidak terpenuhi</li> <li>3) Krisis maturasional</li> <li>4) Ancaman terhadap konsep diri</li> <li>5) Ancaman terhadap kematian</li> <li>6) Kekhawatiran menghadapi kegagalan</li> <li>7) Disfungsi sistem keluarga</li> <li>8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan</li> <li>9) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)</li> <li>10) Penyalahgunaan zat</li> <li>11) Terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin, polutan, dan lain-lain)</li> <li>12) Kurang terpapar informasi</li> </ol> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Merasa bingung</li> <li>2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</li> <li>3) Sulit berkonsentrasi</li> <li>4) Mengeluh pusing</li> <li>5) Anoreksia</li> <li>6) Palpitasi</li> <li>7) Merasa tidak berdaya</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3×24 jam. Maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>3) Perilaku gelisah menurun</li> <li>4) Perilaku tegang menurun</li> <li>5) Keluhan pusing menurun</li> <li>6) Anoreksia menurun</li> <li>7) Frekuensi pernapasan menurun</li> <li>8) Frekuensi nadi menurun</li> <li>9) Tekanan darah menurun</li> <li>10) Tremor menurun</li> <li>11) Pucat menurun</li> <li>12) Konsentrasi membaik</li> <li>13) Pola tidur membaik</li> <li>14) Pola berkemih membaik</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas</b></p> <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu)</li> <li>2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2) Temani klien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>3) Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4) Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> </ol>
----	---	---	---

	<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tampak gelisah</li> <li>2) Tampak tegang</li> <li>3) Sulit tidur</li> <li>4) Frekuensi napas meningkat</li> <li>5) Frekuensi nadi meningkat</li> <li>6) Tekanan darah meningkat</li> <li>7) Diaforesis</li> <li>8) Tremor</li> <li>9) Muka tampak pucat</li> <li>10) Suara bergetar</li> <li>11) Kontak mata buruk</li> <li>12) Sering berkemih</li> <li>13) Berorientasi pada masa lalu</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu</li> <li>4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</li> <li>5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>8) Latih teknik relaksasi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</li> </ol> <p><b>Terapi Relaksasi</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3) Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya</li> <li>4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>5) Monitor respons dan terapi relaksasi</li> </ol>
--	---	--	--

			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</li> <li>2) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>3) Gunakan pakaian longgar</li> <li>4) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>5) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</li> <li>3) Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>5) Anjurkan sering mengulangi teknik relaksasi yang telah diajarkan</li> <li>6) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam)</li> </ol>
--	--	--	---

## 5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Oleh karena itu, jika intervensi keperawatan yang telah dibuat dalam perencanaan dilaksanakan atau diaplikasikan pada klien, maka tindakan tersebut disebut implementasi keperawatan. Komponen yang terdapat pada implementasi adalah :

### a. Tindakan Observasi

Tindakan observasi adalah tindakan yang ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan klien.

### b. Tindakan Terapeutik

Tindakan terapeutik adalah tindakan yang secara langsung dari berefek memulihkan status kesehatan klien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan klien

### c. Tindakan Edukasi

Tindakan edukasi adalah tindakan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan klien merawat dirinya dengan membantu klien memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalah

### d. Tindakan Kolaborasi

Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang membutuhkan kerjasama baik dengan perawat lainnya maupun dengan profesi kesehatan lainnya. (Potter & Perry, 2011)

## 6. Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Komponen catatan perkembangan, antar lain sebagai berikut : SOAP (data subjektif, data

objektif, analisis/assessment, dan perencanaan/planning) dapat dipakai untuk mendokumentasikan evaluasi.

- a. S (Subjektif) : data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- b. O (Objektif) : data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan, atau akibat pengobatan.
- c. A (Analisis/Assessment) : berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, dimana analisis ada 3, yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan sebagian teratasi) sehingga perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, sering memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.
- d. P (Perencanaan/Planning) : perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan periode yang telah ditentukan. (Potter & Perry, 2011)