

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.D DENGAN GANGGUAN SISTEM
PENCERNAAN : ABDOMINAL PAIN DIRUANG TULIP 6 RUMAH
SAKIT TINGKAT IV GUNTUR**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat
Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun oleh :
KISTIYA ELMANDA
KHGA22055



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.D DENGAN SISTEM
PENCERNAAN : ABDOMINAL PAIN DIRUANG TULIP 6
RUMAH SAKIT TINGKAT IV GUNTUR**

NAMA : KISTIYA ELMANDA

NIM : KHGA22055

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Disetujui Untuk Disidangkan Dihadapan
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut,
Menyetujui,
Pembimbing

Andri Nugraha, S. Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.D DENGAN SISTEM
PENCERNAAN : ABDOMINAL PAIN DIRUANG TULIP 6
RUMAH SAKIT TINGKAT IV GUNTUR**

NAMA : KISTIYA ELMANDA

NIM : KHGA22055

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disidangkan Dan Dipertanggungjawabkan Di Tim
Penguji Program Studi D – III Keperawatan Stikes Karsa Husasa Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui ,

Penguji 1

Penguji 2

Mengetahui,

Ketua program studi DIII Keperawatan
Stikes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,

Pembimbing

K.Dewi Budiarti., M.kep

Andri Nugraha,S.Kep.,Ners.,M.kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah Subhanahu wa ta'ala Yang Maha Esa. Atas Rahmat dan hidayah-nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Pada Tn.D dengan Gangguan Sistem pencernaan: Abdominal Pain Diruang Tulip 6 Rumah Sakit Tingkat IV Guntur**”.Shalawat serta salam tetap tercurah limpahkan pada jungjungan Nabi Besar Muhammad SAW sehingga penulis diberikan kemudahan dalam menyelesaikan Karya Ilmiah ini. Adapun maksud dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan dan saran dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis menyampaikan terimakasih kepada semua pihak terutama.

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H.Suryadi,S.E., M. Si selaku ketua umum Yayasan dharma Husada Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M. Kes., selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu k. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku ketua Prodi D III Keperawatan Karsa Husada Garut.

5. Bapak Andri Nugraha, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang senantiasa meluangkan waktunya serta sabar dalam memberikan bimbingan, arahan dan dorongan yang besar kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Terimah kasih atas segala kebaikannya semoga dipermudah dalam segala urusannya.
6. Bapak Eldesa Vava Rilla, M.Kep, selaku penguji 1 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan ilmu kepada penulis.
7. Ibu Devi Ratnasari, M.Kep, selaku penguji 2 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan ilmu kepada penulis.
8. Seluruh staf dosen Program Studi d III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga bagi penulis di masa yang akan datang.
9. Staf administrasi dan perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaraan penulis selama proses Pendidikan dan selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
10. Kepala ruangan, CI pembimbing beserta staf di ruang Tulip 6 yang telah memberikan kemudahan, kesempatan dan izinnya kepada penulis untuk menerapkan proses asuhan Keperawatan kepada Tn.D di ruang Tulip 6 Rumah Sakit Guntur.
11. Tn.D selaku pasien terimakasih telah memberikan bantuan dan kerjasamanya selama melaksanakan asuhan keperawatan.

12. Kedua orang tua yang paling tersayang mamah Lilis dan bapak Ase penyemangat sekaligus panutanku. Terimakasih atas perjuangan, dukungan, motivasi, nasehat, serta do'a tulus kasih sayang yang tidak pernah putus dipanjatkan dalam setiap sujudnya memohon ridho dari sang Maha pencipta agar setiap Langkah anak-anaknya selalu diridhoi dalam segala hal. Semoga kebaikan ini diganti dengan surganya Allah. mah pak pengorbanan yang tidak ternilai harganya, terimakasih mamah dan bapak telah memberikan warisan termahal yaitu ilmu dan Pendidikan tanpa mamah dan bapak penulis apalah dayanya hingga penulis dapat menyelesaikan studi ini dengan lancar.
13. Kepada semua kakak-kakak ku tersayang Dewi Widianti, Widi Supriadi, Siti Nurjanah, Seto Abdurahman. Titin Sumartini, Bela Anjani ponakan ponakan penulis kaka Adi, Babang Al, Fauzi, Alfi, Farhan, Fahira, Satria terimakasih telah memberikan motivasi dan dukungan dalam melaksanakan perkuliahan selama 3 tahun sehingga penulis dapat melaksanakan Pendidikan dengan lancar dan penuh semangat yang tinggi.
14. Kistiya elmanda, diri saya sendiri. Apresiasi sebesar-besarnya yang telah berjuang menyelesaikan pendidikan selama 3 tahun ini. Tidak semua orang bisa merasakannya, terimakasih untuk tetap bertahan meskipun sering kali putus asa, melangkahlah untuk meraih cita-cita yang tinggi. tetaplah menjadi diri sendiri yang rendah hati dan selalu bersyukur.
15. Kepada sahabat-sahabat baik ku Eca, sina, cucu, Karin, n sri, Aniseu, dan semua teman-teman kelas B yang sedang berjuang bersama menyelesaikan

Karya Tulis Ilmiah, terimakasih sudah kebersamai selama 3 tahun ini suka duka kita lewati bersama semoga kalian semua sukses dan bermanfaat bagi oranglain.

16. Kepada Eka Rahma Aulia terimakasih 3 tahun kita bersama suka duka kita lewati bersama, banyak hal baru yang sudah kita lewati, tetap menjadi eka yang penulis kenal. Untuk kedepannya semoga hal baik selalu kebersamaimu, semoga masa perjalanan untuk menuju masa depanmu dipermudah, teruslah melangkah untuk menuju cita-citamu dan selamat berkelana di kehidupan yang sebenarnya. I always support you in every process.

17. Kepada semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu terimakasih telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata penulis ucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga kebaikan, bimbingan dan motivasi yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT. Aamin.

Garut, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	i
DAFTAR BAGAN.....	x
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Metode penulisan	5
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II.....	8
TINJAUAN TEORI.....	8
A. Konsep dasar abdominal pain	8
1. Pengertian	8
2. Etiologi	11
3. Klasifikasi	12
4. Patofisiologi	13
5. Manifestasi klinis	15
6. Penatalaksanaan abdominal pain.....	16
7. Pemeriksaan diagnostik	22
8. Komplikasi.....	25

9. Pencegahan	26
10. Dampak abdominal pain terhadap KDM	28
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	29
1. Pengkajian.....	29
2. Diagnosa keperawatan.....	36
3. Perencanaan	37
4. Implementasi keperawatan.....	41
5. Evaluasi keperawatan	41
BAB III.....	42
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	42
A. Tinjauan Kasus.....	42
1. Pengkajian.....	42
2. Diagnosa keperawatan	55
3. Proses keperawatan	57
4. Implementasi dan Evaluasi	61
5. Catatan perkembangan.....	65
B. Pembahasan	70
1. Pengkajian.....	70
2. Diagnosa keperawatan.....	71
3. Perencanaan	72
4. Implementasi.....	73
5. Evaluasi.....	74
BAB IV	75
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	75
A. Kesimpulan	75

B. Rekomendasi.....	76
DAFTAR PUSTAKA.....	77
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	80

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Lokasi nyeri dan pemeriksaan radiologi	24
Tabel 2. 2 Analisa data	34
Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan	37
Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	50
Tabel 3. 2 Pemeriksaan penunjang	52
Tabel 3. 3 Terapi Medis	53
Tabel 3. 4 Analisa data	54
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan	57
Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi	61
Tabel 3. 7 Catatan perkembangan.....	65

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Abdominal Pain.....	15
--------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Abdominal pain merupakan gejala utama dari acute abdominal Pain yang terjadi secara tiba-tiba dan spesifik. Akut abdominal Pain merupakan istilah yang digunakan untuk gejala-gejala dan tanda-tanda dari nyeri abdominal Pain dan nyeri tekanan yang tidak spesifik tetapi sering terdapat pada penderita dengan keadaan intra abdominal Pain akut yang berbahaya (Maryana, 2021)

Abdominal Pain adalah beberapa masalah yang dialami oleh seseorang pada bagian tubuhnya khususnya organ perut. Nyeri perut itu sendiri merupakan rasa tidak nyaman dikarenakan oleh faktor pertahanan organ dalam tubuh untuk sebisa mungkin mencegah kerusakan pada organ-organ tertentu (Suprianti, 2024)

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa abdominal pain adalah nyeri yang dirasakan secara tiba-tiba khususnya terjadi di daerah organ perut. Rasa tidak nyaman dikarenakan faktor pertahanan organ dalam tubuh untuk sebisa mungkin mencegah kerusakan pada organ tertentu.

Menurut data dari WHO (World Health Organization) abdominal pain di dunia sekitar 1,8-2,1 juta dari jumlah penduduk setiaptahunnya, di Inggris (22%), China (31%), Jepang (14,5%), Kanada(35%), dan Perancis (29,5%). Di Asia Tenggara sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya. Beragamnya angka prevalensi ini disebabkan oleh perbedaan persepsi dari definisi dispeksia. Data survei yang dilakukan oleh (Andriyanto, 2019) pada populasi umum ditemukan bahwa kasus abdominal pain lebih tinggi

dibandingkan dengan data di rumah sakit atau pelayanan kesehatan, karena hanya 20-25% yang akan mencari pertolongan medis. Berdasarkan penelitian pada populasi umum didapatkan penderita abdominal pain berkisar antara 12-45% dengan estimasi rata-rata adalah 25%. Insiden abdominal pain per tahun diperkirakan antara 1-11,5%, meskipun belum didapatkan data epidemiologi di Indonesia. Prevelensi abdominal pain di Indonesia tercatat 40,85% dari 800.000 orang penduduk. Ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri secara non farmakologis antara lain, massage, posisi kaki ditinggikan dari badan, olah raga, pengaturan diet dan teknik distraksi untuk tindakan invasif (Pasba, 2023)

Berdasarkan data rekam medis di rumah sakit Guntur, didapatkan data bahwa pada tahun 2024 angka kasus abdominal pain sebanyak 16 kasus dengan rata-rata terjadi pada Perempuan sebanyak 11 kasus, dengan usia 15-25 tahun. Sementara pada tahun 2025 periode bulan Januari-Mei didapatkan data kasus abdominal pain sebanyak 40 kasus dengan rata-rata terjadi pada Perempuan sebanyak 22 kasus, dengan usia 45-64 tahun.

Penyebab nyeri perut (nyeri abdomen) dapat berupa gangguan pada organ yang terkena atau organ lain, seperti gastroenteritis, maag, penyakit radang panggul (PID) atau radang panggul, pankreatitis, apendiksitis, konstipasi, hemoroid, kolik ulserativa, batu empedu, radang, batu ginjal, infeksi saluran kemih/ginjal, dan kehamilan ektopik/keguguran (Al-Masawabe, 2021)

Jika terkena Abdominal Pain bisa menimbulkan dampak kebutuhan dasar manusia, perasaan yang tidak nyaman pada pasien, apabila nyeri tidak

segera diatasi secara langsung akan memberikan efek yang membahayakan. Abdominal Pain yang berkepanjangan bisa mengalami komplikasi seperti perdarahan saluran cerna bagian atas, hematemesis, perforasi gastrointestinal, obstruksi gastrointestinal, pankreatitis, maupun kolik renal (Sepdianto, 2022).

Berikut ini adalah beberapa metode yang dapat digunakan untuk meringankan rasa sakit pada pasien, termasuk metode farmakologis dan non-farmakologis. Dalam pengaturan non-farmakologis, metode yang paling mudah adalah dengan mengompres area perut dengan kompres hangat. Dalam pengaturan farmakologis, analgesia akan digunakan untuk membantu menurunkan tingkat rasa sakit yang parah yang biasanya sudah berjam-jam (Hadinata, 2023)

Penelitian yang dilakukan oleh Kushariyadi et al.,(2023) bahwa pemberian terapi kompres hangat selama 15-20 menit dengan suhu air 40-50°C dapat mengatasi masalah nyeri perut berlebih sehingga masalah keperawatan yakni nyeri akut. Hal ini dibuktikan dengan pengurangan tingkat nyeri dan gejala-gejala yang sebelumnya dirasakan, seperti gelisah, pola tidur berubah bahkan tampak meringis ketika menahan rasa nyeri pada bagian perut. Terapi kompres hangat ini dapat memberikan pengaruh penurunan tingkat nyeri dikarenakan panas yang dirasakan akan menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah sehingga akan sampai ke area nyeri dan menurunkan skala nyeri yang dirasakan.

Peran perawat pada pasien dengan Abdominal Pain juga dapat dikemukakan oleh Callista Roy yang menjelaskan bagaimana orang dapat

meningkatkan kesehatan mereka dengan mempertahankan perilaku adaptif dan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi adaptif. Pendekatan keperawatan dengan menggunakan pendekatan teori Adaptasi Calista Roy dinilai sangat efektif dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan Abdominal Pain untuk mengubah gaya hidup pasien dalam menjaga kesehatannya serta memperhatikan apa yang dikonsumsi sehingga tidak terjadi Abdominal Pain yang berkepanjangan maupun berulang (Sari, 2024)

Berdasarkan hal tersebut, maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan menggunakan proses keperawatan dan didokumentasikan dalam bentuk karya tulis ilmiah yang berjudul “ **Asuhan Keperawatan Pada Tn.d Dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Abdominal Pain Di Ruang Tulip 6 Rumah Sakit Guntur.**”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Gambaran asuhan keperawatan secara komprehensif dengan meliputi berbagai aspek seperti psikologis, social, dan spiritual dengan menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan pada Tn.D dengan gangguan sistem pencernaan : abdominal pain di ruang Tulip Rs.Guntur.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah.

- a. Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif yang dilakukan dengan cara pengumpulan data dan menetapkan masalah berdasarkan prioritas masalah kasus pada Tn.D. dengan gangguan sistem pencernaan : abdominal pain di ruang Tulip Rs Guntur.
- b. Mampu merumuskan berbagai diagnosa keperawatan yang tepat berdasarkan proses pengkajian yang ditentukan pada kasus Tn.D dengan sistem pencernaan : abdominal pain di ruang Tulip Rs.Guntur.
- c. Mampu Menyusun rencana tindakan keperawatan yang tepat terhadap masalah yang timbul pada kasus Tn.D dengan gangguan sistem pencernaan :abdominal pain di ruang Tulip Rs.Guntur.
- d. Mampu melakukan tindakan keperawatan yang telah ditentukan pada kasus Tn.D dengan gangguan sistem pencernaan : abdominal pain di ruang Tulip Rs Guntur.
- e. Mampu mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang telah ditentukan pada kasus Tn.D dengan gangguan sistem pencernaan :abdominal pain di ruang Tulip Rs Guntur.

C. Metode penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini,penulis menggunakan metode deskriptif dengan Teknik studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan, sedangkan Teknik yang digunakan penulis dalam pengumpulan data adalah.

1. Wawancara

Dengan cara menanyakan atau hanya tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang saat ini dihadapi oleh pasien yang disebut juga dengan anamnesa yaitu tujuannya untuk memperoleh data tentang masalah Kesehatan dan masalah keperawatan pasien serta untuk menjalin hubungan dengan pasien.

2. Observasi

Dengan cara mengamati perilaku dan keadaan pasien memperoleh data tentang masalah Kesehatan dan keperawatan pasien.

3. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk melakukan status Kesehatan pasien. pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya adalah inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

4. Studi dokumentasi

Dengan cara memperoleh data yang didapatkan dari status pasien dan laporan hasil dari tenaga Kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan di ruangan.

5. Partisipasi aktif

Penulis secara langsung melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien Tn.D dengan menggunakan proses Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini merupakan uraian pembuatan studi kasus yang dibuat oleh penulis yang terdiri dari penulisan karya tulis ilmiah meliputi 4 BAB yaitu.

BAB 1 terdiri dari pendahuluan yang berisi uraian – uraian tentang latar belakang, tujuan, metode dan sistematika penulisan.

BAB II terdiri dari tinjauan teori yang menjelaskan tentang konsep dasar penyakit yang terdiri dari defimisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan, pemeriksaan diagnostic, komplikasi. dalam bab ini juga menjelaskan tentang konsep dasar asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB III yaitu tinjauan kasus dan pembahasan, Dimana, dalam tinjauan kasus ini berisi tentang bagaimana asuhan keperawatan yang dilakukan dengan beberapa cara yaitu pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan catatan perkembangan.

BAB IV yaitu penutupan yang berisi tentang kesimpulan dan rekomendasi dari penulisan karya tulis ilmiah ini.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep dasar abdominal pain

1. Pengertian

Abdominal pain (nyeri perut) adalah beberapa masalah yang dialami oleh seseorang pada bagian tubuh khususnya organ perut. nyeri perut sendiri adalah rasa tidak nyaman dikarenakan factor pertahanan organ dalam tubuh untuk sebisa mungkin mencegah kerusakan pada organ organ tertentu (Suprianti et al., 2024).

Rasa nyeri seperti ditusuk tusuk atau disayat dengan pisau yang dapat ditunjukkan secara tepat oleh pasien dengan menunjukan memakai jari rangsangan dapat berupa rabaan, tekanan, perubahan suhu, kimiawi atau proses peradangan (Dwi, 2024).

Nyeri abdominal pain terdapat dua macam yaitu, nyeri abdominal akut dan kronis.

a. Nyeri Abdominal Akut

Nyeri akut abdominal adalah suatu kegawatan dapat terjadi karena masalah bedah atau non bedah. Secara definisi pasien akut abdominal datang dengan keluhan nyeri abdominal yang terjadi tiba-tiba dan berlangsung kurang dari 24 jam. Pada beberapa pasien perlu dilakukan resusitasi dan tindakan segera maka pasien dengan nyeri yang berlangsung akut harus ditangani segera. Identifikasi awal yang penting adalah apakah kasus yang di hadapi ini suatu kasus bedah atau

non bedah, jika kasus bedah maka tindakan operasi harus segera dilakukan. nyeri abdominal akut biasanya digunakan untuk menggambarkan nyeri dengan onset mendadak, dan/durasi pendek. Nyeri alih Nyeri alih (referred pain) adalah persepsi nyeri pada suatu daerah yang letaknya jauh dari tempat asal nyeri.

Keluhan yang menonjol dari pasien dengan abdominal akut adalah nyeri perut. Rasa nyeri perut dapat disebabkan oleh kelainan-kelainan di abdominal atau di luar abdominal seperti organ-organ di rongga toraks. Nyeri abdominal dibedakan menjadi dua yaitu nyeri visceral dan nyeri somatik.

b. Nyeri Viseral

Nyeri visceral terjadi karena rangsangan pada peritoneum yang meliputi organ intraperitoneal yang dipersarafi oleh susunan saraf otonom. Peritoneum viseral tidak sensitif terhadap rabaan, pemotongan atau radang. Kita dapat melakukan sayatan atau jahitan pada usus tanpa dirasakan oleh pasien, akan tetapi bila dilakukan tarikan, regangan atau kontraksi yang berlebihan dari otot (spasme) akan memberi rasa nyeri yang tumpul disertai rasa sakit. Pasien biasanya tidak dapat menunjukkan secara tepat lokalisasi nyeri, digambarkan pada daerah yang luas dengan memakai seluruh telapak tangan. Karena nyeri ini tidak dipengaruhi oleh gerakan, pasien biasanya bergerak aktif tanpa menyebabkan bertambahnya rasa nyeri.

c. Nyeri somatic

Nyeri somatik terjadi karena rangsangan pada bagian yang dipersarafi saraf tepi, misalnya regangan pada peritoneum parietalis, dan luka pada dinding perut. Nyeri dirasakan seperti disayat atau ditusuk, dan pasien dapat menunjuk dengan tepat dengan jari lokasi nyeri. Rangsang yang menimbulkan nyeri dapat berupa tekanan, rangsang kimiawi atau proses radang. Gesekan antara visera yang meradang akan menimbulkan rangsang peritoneum dan dapat menimbulkan nyeri. Peradangannya sendiri maupun gesekan antara kedua peritoneum dapat menyebabkan perubahan intensitas nyeri.

d. Nyeri abdominal kronis

Nyeri abdominal kronis biasanya digunakan untuk menggambarkan nyeri berlanjut, baik yang berjalan dalam waktu lama, berulang atau hilang timbul. Nyeri kronis dapat berhubungan dengan ekserbasi akut.

Tabel 1. 1

Perbedaan karakteristik nyeri akut dan kronik

Nyeri akut	Nyeri kronik
1. Lamanya dalam hitungan menit	1. Lamanya sampai hitungan bulan >6bln
2. Ditandai peningkatan BP, nadi, dan respirasi	2. Fungsi fisiologi normal
3. Respon pasien fokus pada nyeri, nyeri menangis dan mengerang	3. Tidak ada keluhan nyeri
4. Tingkah laku menggosok bagian yang nyeri	4. Tidak ada aktifitas fisik sebagai respon terhadap nyeri

2. Etiologi

a. Penyebab abdominal pain

Terdapat beberapa hal yang dapat menjadi penyebab abdominal pain, tergantung pada Lokasi di mana rasa nyeri tersebut dirasakan.

b. Bagian kanan atas

Rasa sakit perut pada bagian kanan atas, maka ada beberapa kondisi yang mungkin sedang dialami. adapun beberapa kondisi ini adalah penyakit hepatitis, batu empedu, infeksi ginjal, batu ginjal, kanker hati, dan radang kandung empedu. sakit perut dibagian kanan atas juga dapat diakibatkan oleh paru paru basah.

c. Bagian kiri atas

Selain pada bagian kanan, abdominal pain juga dapat terasa pada bagian kiri perut. apabila rasa nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian kiri atas, maka beberapa penyakit penyebabnya adalah infeksi ginjal, batu ginjal, sembelit dan pembesaran limpa. karena itu terjadi pada bagian atas perut, kondisi ini juga dapat disebabkan oleh paru – paru.

d. Bagian kiri bawah

Rasa sakit perut atau abdominal pain dapat disebabkan oleh beberapa penyakit yang sama seperti penyebab sakit perut bagian kanan bawah, yakni sumbatan usus, radang usus, infeksi saluran kemih dan batu saluran kemih.

Lain halnya dengan rasa sakit perut sebelah kanan atas, apabila penderita merasakan abdominal pain pada perut bagian kanan bawah, beberapa penyakit yang mungkin menjadi penyebabnya adalah usus buntu, radang usus, sumbatan usus, hernia dan infeksi saluran kemih.

e. Bagian Tengah

Apabila penderita merasakan abdominal pain bagian Tengah perut, beberapa hal yang dapat menyebabkannya jika terasa pada bagian ulu hati (Tengah atas), maka abdominal pain disebabkan oleh maag, radang pancreas, tukak lambung, hingga masalah pada jantung.

Adapun jika rasa sakit perut terjadi pada bagian Tengah, maka kemungkinan penyebabnya yaitu radang pada saluran kemih. Itulah beberapa penyebab abdominal pain yang perlu diketahui (Pickhardt, 2019).

3. Klasifikasi

Menurut Nurhidayati et al., (2023), secara garis besar nyeri abdomen diklasifikasikan menjadi beberapa tipe, yaitu : tipe visceral (berasal dari organ), tipe parietal (berasal dari peritoneum parietal), dan tipe referred pain atau psikogenik.

a. Nyeri visceral

Nyeri yang disebabkan oleh kerusakan organ internal. nyeri biasanya menjadi munculnya pertama pada gangguan abdominal. sifat nyeri visceral : nyeri umum, terasa sebagai nyeri

tumpul, sulit dikenali, lokasinya tidak jelas. pemicu nyeri visceral yaitu kontraksi, distensi, penarikan berlebihan pada organ berongga.

b. Nyeri parietal

Nyeri yang ditimbulkan oleh aktivasi serabut saraf nyeri peritoneum karena adanya inflamasi. sifat nyeri parietal yaitu tajam, menetap, terlokalisasi baik, lokasinya dapat ditunjukkan dengan satu jari, dapat diperberat oleh Gerakan atau batuk sehingga pasien dapat lebih suka berbaring tenang.

c. Nyeri alih (referred pain)

Nyeri alih merupakan salah satu bentuk dari nyeri visceral terasa di area yang berbeda dan jauh dari area organ abdominal terganggu. nyeri alih terjadi karena adanya invasi pada Tingkat yang kira kira sama antara organ yang terganggu dengan dinding abdomen. nyeri ini biasanya terlokalisasi baik dan bisa dirasakan dipermukaan atau lapisan lebih dalam.

4. Patofisiologi

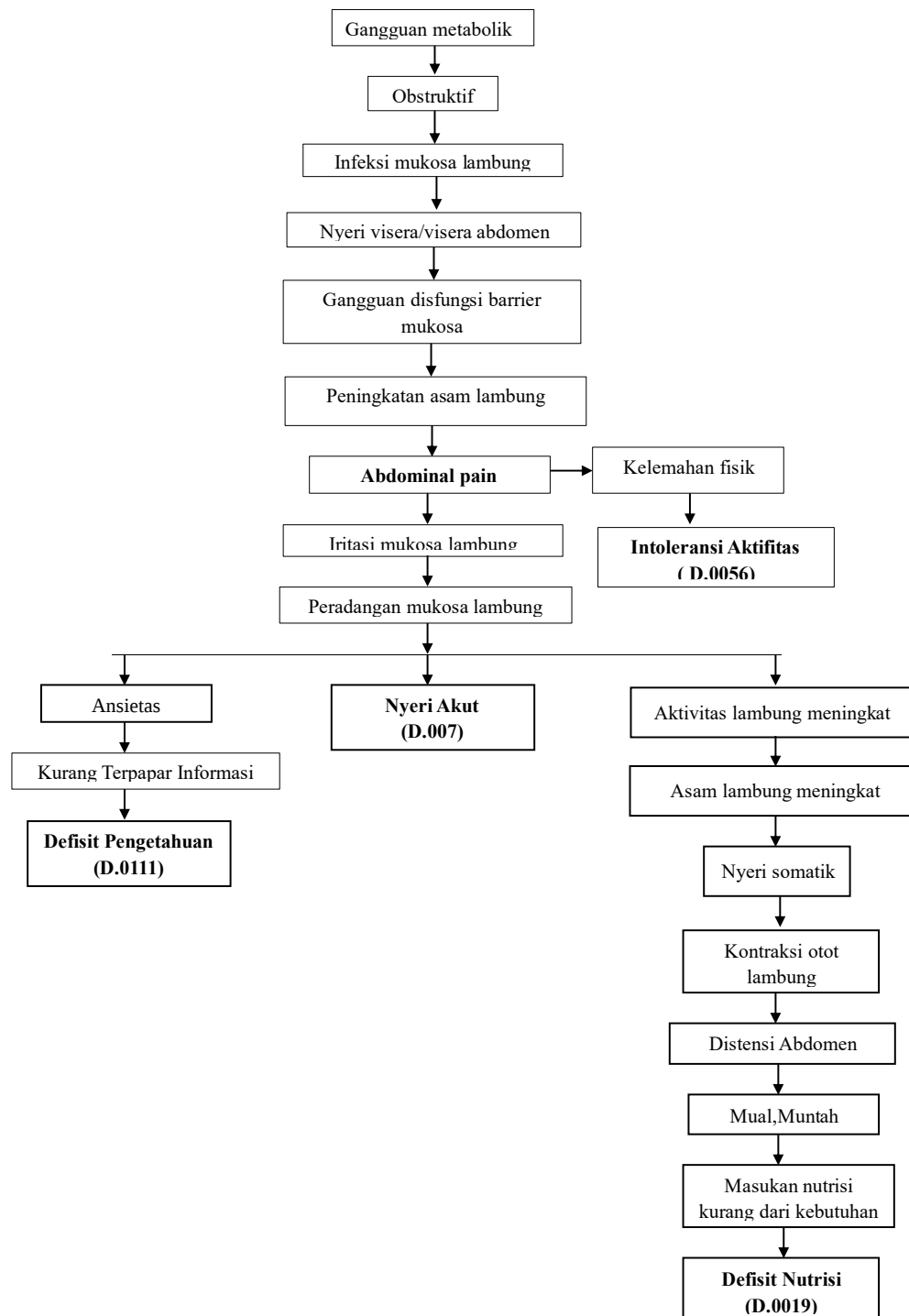
Rasa nyeri pada abdominal pain baik mendadak maupun berulang biasanya selalu bersumber pada visera abdominal (organ yang ada di abdomen), organ lain diluar abdominal, lesi pada susunan saraf spinal, gangguan metabolic, dan psikosomatik.

Rasa nyeri pada abdominal berasal dari suatu proses penyakit yang menyebar ke seluruh peritoneum ke ujung saraf, yang lebih dapat melokalisasi rasa nyeri dari pada saraf otonom. telah diketahui pula bahwa

gangguan pada viresal pada mulanya akan menyebabkan rasa nyeri,tetapi kemudian akan diikuti oleh rasa nyeri somatik pula,setelah petitonium terlibat.

Rasa nyeri somatik yang dalam akan disertai oleh tegangan otot dan rasa mual yang merupakan gejala khas peritonitis.reflek rasa nyeri abdominal dapat timbul karena adanya rangsangan nervus frenikus (syaraf diafragma) (Boezaart, 2021).

Bagan 2. 1 Abdominal Pain



Sumber : Griffiths et al., (2019)

5. Manifestasi klinis

Tanda dan Gejala abdominal pain menurut (Tanto, 2021) yaitu:

- a. Mengeluh nyeri
- b. Meringis
- c. Mengerutkan dahi
- d. Menggigit dahi
- e. Gelisah
- f. Imobilitas
- g. Mengalami ketegangan otot melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan
- h. Menghindari kontak social, dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri yang akan menurunkan rentang perhatian.
- i. Denyut jantung tekanan darah dan frekuensi dari nafas akan terlihat meningkat

6. Penatalaksanaan abdominal pain

- a. Penatalaksanaan medis
 - 1) Macam-macam obat pengurang rasa nyeri, farmakodinamika, farmakokinetika serta efek sampingnya.
 - a) Opioid (narkotika)

Opioid sangat efektif untuk menghilangkan nyeri pasca operatif dan nyeri berat lainnya.

b) Farmakodinamika

Opioid menimbulkan efek primernya terhadap susunan saraf pusat dan organ yang mengandung otot polos. Opioid menimbulkan analgesia, rasa mengantuk euforia, depresi pernapasan terkait dosis, gangguan respons adrenokorteks terhadap stres (pada dosis tinggi), dan penurunan tahanan perifer (dilatasi arteriol dan venosa) dengan sedikit atau tanpa efek terhadap indeks jantung. Efek terapiutik opioid pada edema paru merupakan akibat sekunder dari peningkatan pada dasar kapasitansi. Efek konstipasi opioid timbul akibat induksi dari kontraksi non propulsif melalui traktus gastrointestinal. Opioid dapat menyebabkan spasme traktus biliaris dan peningkatan tekanan duktus biliaris komunis diatas kadar pra obat. Depresi reflek batuk adalah melalui efek langsung terhadap pusat batuk dalam medula. Opioid mengurangi aliran darah ke otak dan tekanan intra kranial. Dapat menimbulkan mual dan muntah dengan mengaktifasi zona pemicu kemoreseptor.

Opioid melepaskan histamin dan dapat menyebabkan pruritus setelah pemberian oral atau sistemik. Perubahan modulasi sensorik sebagai akibat sekunder pengikatan langsung opioid pada reseptor opiat dalam medula oblongata dapat merupakan mekanisme terjadinya pruritus setelah pemberian epidural /

intratekal. Analgesia intra artikuler terjasi sebagai akibat sekunder pengikatan opioid dengan reseptor opiat dalam sinovium.

c) Farmakokinetika

Awitan aksi; IV < 1 menit, IM 1-5 menit, SK 15-30 menit, oral 15-60 menit dan epidural spinal 15-60 menit. Efek puncak; IV 5-20 menit, IM 30-60 menit, SK 50-90 menit, oral 30-60 menit dan epidural / spinal 90 menit. Lama aksi; IV, IM, SK, 2-7 jam, oral 6-12 jam dan epidural / spinal 90 menit. Interaksi / toksisitas; efek depresi SSP dan sirkulasi dipotensiasi oleh alkohol, sedatif, antihistamin, fenotiazin, butirofenon, inhibitor MAO dan antidepresan trisiklik. Dapat mengurangi efek diuretik pada pasien dengan gagal jantung kongestif. Analgesia dipertinggi dan diperpanjang oleh agonis alfa-2. Penambahan epineprin dan morpin intratekal / epidural menimbulkan peningkatan efek samping dan perpanjangan blok motorik. Efek samping:

- (1) Kardiovaskuler: Hipotensi, hipertensi, bradikardi, aritmia, kekakuan dinding dada.
- (2) Pulmoner: Bronkospasme dan laringospasme.
- (3) SSP: penglihatan kabur, sinkope, euforia dan disforia.
- (4) Urinaria: retensi urine, efek anti diuretik dan spasme ureter.

(5) Gastrointestinal: spasme traktus biliaris, konstipasi, anoreksia, mual, muntah dan penundaan pengosongan lambung.

(6) Mata: miosis.

(7) Muskuloskeletal; kekakuan dinding dada.

(8) Alergi: pruritus dan urtikaria.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Tindakan non farmakologis untuk mengurangi nyeri dan alasannya. Banyak aktivitas keperawatan non farmakologis yang dapat membantu menghilangkan nyeri. Metode pereda nyeri non farmakologis biasanya mempunyai risiko yang sangat rendah. Tindakan non farmakologis bukan merupakan pengganti obat-obatan, tindakan tersebut mungkin diperlukan, atau sesuai untuk mengurangi rasa nyeri yang berlangsung hanya beberapa menit.

1) Stimulasi dan masase kutaneus

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian reseptor yang sama seperti reseptor nyeri, tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena masase membuat relaksasi otot. Teori gate control telah menjelaskan, bertujuan untuk menstimulasi serabut-serabut

yang menransmisikan sensasi tidak nyeri memblok atau menurunkan transmisi impuls nyeri.

2) Terapi es (dingin) dan panas.

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Agar efektif, es harus diletakkan pada tempat cedera segera setelah terjadi cedera, (Cohen, 1989 dalam Suddart dan Brunner, 1997). Penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan. Namun penggunaan panas kering dengan lampu pemanas tidak seefektif penggunaan es. Diduga es dan panas bekerja dengan menstimulasi reseptor. Diduga es dan panas bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non nosiseptor) dalam bidang reseptor yang sama seperti pada cedera.

3) Stimulasi saraf elektrik transkutan / Transcutan electric nerve stimulation (TENS)

Tens menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan electrode yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. Tens digunakan baik pada menghilangkan nyeri akut dan kronik. Tens diduga dapat menurunkan nyeri dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non nosiseptor) dalam area yang sama seperti pada

serabut yang mentransmisi nyeri. Mekanisme ini sesuai dengan teori nyeri gate kontrol

4) Distraksi

Distraksi mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri, misalnya dengan cara kunjungan dari keluarga dan teman-teman pasien. Melihat film layar lebar dengan suara surround. Tidak semua pasien mencapai peredaan nyeri melalui distraksi. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak.

5) Teknik relaksasi

Teknik relaksasi terdiri atas napas abdominal dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap ekshalasi dan inhalasi. Relaksasi otot skletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri.

6) Imajinasi terbimbing

Menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Imajinasi terbimbing menyebabkan relaksasi otot dan pikiran

dimana efeknya hampir sama dengan penggunaan tehnik relaksasi dengan metode yang berbeda.

7) kompres hangat

Kompres hangat selama 10-15 menit dengan suhu air 40-50 °C dapat mengatasi masalah nyeri perut terlebih sehingga masalah keperawatan yakni nyeri akut. Hal ini dibuktikan dengan pengurangan Tingkat gejala-gejala yang sebelumnya dirasakan, seperti gelisah, pola tidur berubah bahkan tampak meringis Ketika menahan rasa nyeri pada bagian perut. terapi kompres hangat ini dapat memberikan pengaruh penurunan Tingkat nyeri dikarenakan panas yang dirasakan akan menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah sehingga akan sampai ke area nyeri dan menurunkan skala nyeri yang dirasakan.

8) Hipnosis

Tehnik ini mungkin membantu dalam memberikan peredaan nyeri terutama dalam situasi sulit. Mekanisme bagaimana kerjanya hiposis tidak jelas tetapi tidak jelas tetapi tidak tampak diperantariaoleh sistem endorphen (Kushariyadi et al., 2023)

7. Pemeriksaan diagnostik

Menurut (Nurhidayat, 2023), pemeriksaan penunjang pada abdominal pain meliputi :

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan darah tepi dapat mengetahui berbagai penyakit infeksi atau perdarahan. Hampir 75% pasien dengan dugaan apendisitis memiliki leukositosis dan peningkatan C-reactive protein (CRP). Pemeriksaan fungsi hati perlu dilakukan pada pasien dengan nyeri kuadran kanan atas abdomen. Pemeriksaan amilase dan lipase direkomendasikan untuk pasien dengan nyeri gastrium dengan dugaan pankreatitis akut. Pada pasien wanita usia reproduksi, pemeriksaan kehamilan perlu dilakukan untuk mengeksklusi kehamilan.

b. Pemeriksaan Radiologi

Foto polos abdomen sering dilakukan pada kondisi kegawatdaruratan. Gambaran free air pada foto polos abdomen posisi tegak dapat mendeteksi perforasi saluran cerna. Gambaran kalifikasi dapat mengidentifikasi adanya batu pada saluran genitourinaria. Pada pasien-pasien hamil, pemeriksaan foto polos harus dihindari sehingga pemeriksaan ultrasonografi (USG) abdomen atau transvaginal menjadi pilihan yang tepat. Pemeriksaan USG transvaginal dilakukan pada kelainan ginekologi seperti tumor ovarium, torsio ovarium, dan abses tubo-ovarium. Pemeriksaan USG dan CT-Scan abdomen direkomendasikan untuk kondisi dibawah ini:

Tabel 2. 1 Lokasi nyeri dan pemeriksaan radiologi

Lokasi nyeri	Pemeriksaan radiologi
Kuadran kanan atas	Ultrasonografi
Kuadran kiri atas	Ct-Scan abdomen dengan kontras
Kuadran kanan bawah	Ct-Scan abdomen dengan kontras
Kuadran kiri bawah	Ct-Scan abdomen dengan kontras

Sumber: Griffiths et al.,(2019)

c. Pemeriksaan Kolonoskopi

Kolonoskopi adalah pemeriksaan terbaik untuk menentukan sumber perdarahan sekaligus untuk menyingkirkan penyakit lain seperti keganasan. Kolonoskopi sebaiknya dilakukan dalam 12 jam setelah perawatan untuk mendapatkan diagnosis dan data laksana yang optimal.

1) Pemeriksaan khusus

a) Abdominal paracentesis

Pemeriksaan tambahan yang sangat berguna untuk menentukan adanya perdarahan dalam rongga peritoneum. lebih dari 100.000 eritrosit/mm dalam larutan NaCl yang keluar dari rongga peritoneum setelah dimasukan 100 – 200 ml larutan NaCl 0.9% selama 5 menit, merupakan indikasi untuk laparatomi. pemeriksaan laparoskopi dilaksanakan bila ada akut abdominal untuk mengetahui

langsung sumber penyebabnya. Bila dijumpai perdarahan dan anus perlu dilakukan rektosigmoidoskopi

b) Pemasangan nasogastric tube (NGT)

Untuk memeriksa cairan yang keluar dari lambung pada trauma abdominal. Dari data yang diperoleh melalui anamnesis ,pemeriksaan fisik,pemeriksaan tambahan dan pemeriksaan khusus dapat diadakan analisis data untuk memperoleh diagnosis kerja dan masalah masalah sampingan yang perlu diperhatikan.dengan demikian dapat ditentukan tujuan pengobatan bagi penderita dan Langkah – Langkah yang diperlukan untuk mencapai tujuan pengobatan.

8. Komplikasi

Menurut (Nurhidayati & Brebe, 2023) nyeri abdomen yang berkepanjangan bisa mengalami komplikasi seperti :

1. Hematemesis
2. Perforasi gastrointestinal
3. Obstruktif gastrointestinal
4. Pankreatitis
5. Kolik renal

Komplikasi ini dapat terjadi jika penyebab yang mendasari kondisi ini tidak tertangani dengan baik.bila kondisi ini terjadi akibat sindrom iritasi usus,ada beberapa komplikasi yang dapat terjadi.Selain itu,sakit perut kronis juga dapat menyebabkan komplikasi berbahaya,termasuk

perubahan kebiasaan dan tekanan psikologis, Misalnya, orang dengan sindrom iritasi usus besar (IBS), lebih mungkin mengalami gangguan mood seperti depresi dan kecemasan. Jika tidak diobati, perut akut dapat menyebabkan hal hal berikut :

- a) Keracunan darah
- b) Nekrosis atau gangren usus
- c) Hiliran
- d) Kematian
- e) Komplikasi luka sekunder
- f) Cedera ginjal akut

9. Pencegahan

Secara umum abdominal pain merupakan kondisi yang dapat menyebabkan penderitanya merasa mual, kembung, kenyang, hingga diare atau sembelit. gejala sakit perut ini tentunya akan mengganggu aktivitas sehari – hari. Berikut adalah beberapa penjelasan mengenai cara mencegah abdominal pain yang bisa dilakukan.

1) Memperhatikan jenis makanan

Memperhatikan jenis makanan yang dikonsumsi. abdominal pain sering kali disebabkan oleh makanan berlemak, gorengan, atau makanan pedas. jenis makanan tersebut bisa berdampak buruk pada usus apabila sering dikonsumsi dan dalam jumlah banyak. selain itu makanan pedas, berlemak, dan gorengan juga dapat memperlambat proses pencernaan dan menyebabkan sembelit.

Maka dari itu,perbanyak konsumsi makanan sehat bergizi,seperti sayur-sayuran,buah,dan makanan tinggi serat lainnya.dengan itu tubuh bisa mencerna makanan dengan baik,sehingga gejala abdominal pain bisa dicegah.

2) Mengubah pola makan

Mengubah pola makan juga bisa menjadi salah satu cara mencegah sakit perut.terkadang,perut terasa nyeri karena waktu makan yang kurang tepat.jika perut dibairkan kosong dalam waktu yang lama,maka asam lambung bisa naik.cobalah makan dalam porsi kecil namun dengan frekuensi seringa tau konsumsi cemilan ringan ditengah – Tengah waktu makan agar perut tidak kosong.disamping itu,sakit perut juga bisa terjadi karena perut terlalu penuh atau kenyang akibat porsi makanan yang berlebihan.jadi,usahakan untuk mengonsumsi makanan secukupnya untuk mencegah sakit perut.

3) Cuci tangan sebelum makan

Membiasakan mencuci tangan sebelum makan.hal ini dilakukan untuk mencegah masuknya masuknya bakteri,virus,atau kuman lainnya yang dapat menginfeksi system pencernaan dalam tubuh.

4) Makan secara perlahan

Makan terlalu cepat dan tidak mengunyah dengan baik dapat menyebabkan tubuh menelan udara dan menambahkan gas ke perut,akibatnya perut tersa nyeri dan kembung.untuk itu,cobalah mengunyah makanan secara perlahan tanpa terburu _ - buru. Hal ini

juga akan membantu memberikan waktu pada otak untuk menyadari bahwa perut sudah terasa kenyang sebelum makan terlalu banyak.

5) Mengelola stress

Stress merupakan salah satu factor penyebab abdominal pain akibat refluks asam lambung. stress yang berlebihan terkadang memengaruhi system pencernaan dan membuat seseorang mengalami maag dan gerd yang dapat menyebabkan rasa nyeri pada perut. Itulah mengapa mengelola stress bisa menjadi salah satu cara mencegah sakit perut.

6) Perhatikan gejala yang muncul

Penting untuk memperhatikan kapan perut terasa sakit, misalnya setelah mengonsumsi makanan pedas, atau saat menjalani pola diet tertentu, dengan itu penderita bisa menghindari hal – hal yang dapat memicu sakit perut tersebut. akan lebih baik pula apabila penderita mengonsultasikan secara langsung dengan dokter mengenai hal ini agar mendapatkan diagnosis dan perawatan yang tepat (Hospitals, 2025).

10. Dampak abdominal pain terhadap KDM

Abdominal pain berdampak besar pada kehidupan sehari-hari, memengaruhi pekerjaan, aktivitas sosial, dan kesejahteraan emosional. Memahami sifat nyeri dan mengeksplorasi strategi penanganan yang efektif dapat membantu individu mengelola kondisi mereka dan meningkatkan kualitas hidup mereka. dengan bekerja sama dengan penyedia layanan

Kesehatan, melakukan penyesuaian gaya hidup, dan memanfaatkan jaringan dukungan, individu dapat mengatasi tantangan nyeri perut dan menemukan kelegaan. Memprioritaskan Kesehatan fisik dan emosional adalah kunci untuk mencapai kehidupan yang seimbang dan memuaskan meskipun ada ketidaknyamanan. Mengambil Langkah proaktif untuk mengatasi nyeri perut dapat menghasilkan kehidupan sehari-hari yang lebih mudah dikelola dan menyenangkan (Affiliations Article, 2022)

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar utama didalam memberikan asuhan keperawatan. Perawat harus mengumpulkan data tentang status Kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan keseimbangan. Pengumpulan data ini juga harus dapat menggambarkan status Kesehatan klien dan kekuatan masalah – masalah yang dialami oleh klien. pengkajian keperawatan meliputi.

a) Identitas klien

Biasanya meliputi nama, umur, jenis kelamin, Alamat, pekerjaan, Pendidikan, agama, tanggal MRS ,tanggal pengkajian ,nomor RM dan diagnose medis.

b) Keluhan utama

Fokus pada apa yang dirasakan klien saat dilakukan pengkajian pada pasien abdominal pain biasanya mengeluh nyeri , mual muntah, dan nafsu makan menurun.

c) Riwayat Kesehatan sekarang

Merupakan hasil pengkajian saat awal masuk sampai dirawat di rumah sakit. Berkaitan dengan keluhan utama yang dijabarkan dengan PQRST.

d) Riwayat penyakit dahulu

Pada pasien abdominal pain perlu ditanyakan Riwayat penyakit dahulunya seperti apakah sebelumnya pernah menderita penyakit yang sama saat ini dialami. dalam pengkajian riwayat penyakit dahulu perlu ditanyakan tentang penggunaan obat-obatan yang pernah digunakan seperti obat dari dokter atau obat yang diperoleh secara bebas.

e) Riwayat penyakit keluarga

Perlu dikaji apakah ada anggota keluarga yang pernah menderita abdominal pain atau mempunyai Riwayat penyakit saluran pencernaan lainnya dan apakah ada keluarga klien yang mempunyai penyakit keturunan dan penyakit menular.

f) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Biasanya pada penderita abdominal pain keadaan umunya lemah.

2) Tingkat kesadaran

Biasanya pada penderita abdominal pain Tingkat kesadarannya composmentis, namun apabila terjadi komplikasi dan sudah parah bisa saja somnolen, sopor, apatis.

3) Tanda-tanda vital

Untuk mendapatkan data objektif dari keadaan pasien, pemeriksaan ini meliputi tekanan darah, respirasi, suhu, denyut nadi dan nilai saturasi oksigen.

4) Pemeriksaan per sistem

a) Sistem penglihatan

Kaji posisi kedua mata simetris atau tidak, keadaan mata, pergerakan bola mata, fungsi penglihatan baik atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak.

b) Sistem pendengaran

Betuk telinga kiri dan kanan simetris, fungsi pendengaran baik atau tidak, terdapat kotoran pada telinga atau tidak, ada gangguan atau tidak, fungsi pendengaran baik atau tidak.

c) Sistem pernafasan

Pengkajian pernafasan biasanya melibatkan pengkajian ventilasi eksternal karena kualitas dan frekuensi pernafasan dapat dipengaruhi oleh gangguan, karakter pernafasan harus dikaji dan dilaporkan secara teliti.

d) Sistem kardiovaskuler

Jantung merupakan fokus pengkajian yang paling utama auskultasi memberikan data yang paling signifikan tentang status jantung pada kasus abdominal pain.

e) Sistem pencernaan

Keadaan abdomen terdapat nyeri tekan, pada mulut terdapat nafas berbau tidak sedap, bibir kering, dan pecah pecah, lidah tertutup, selaput putih dan kotor.

f) Sistem endokrin

Apakah ada pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, nyeri tekan atau tidak.

g) Sistem perkemihan

Kaji BAK pasien, apakah ada gangguan atau tidaksaat berkemih.

h) Sistem integument

Pengkajian integument meliputi infeksi dan palpasi kulit, kuku, rambut, dan kulit kepala, suhu tubuh pasien, serta dapat dikombinasikan dengan pengkajian bagian tubuh lainnya.

i) Sistem musculoskeletal

Kaji antara ekstremitas atas dan bawah apakah ada pembengkakan atau tidak, apakah ada nyeri tekan atau tidak.

g) Aspek psikologis

Biasanya pasien akan terlihat lemas, gelisah dan khawatir dengan kondisi penyakitnya.

h) Aspek psikososial

Kaji pasien dalam sosialisasi dengan orangtua, keluarga, teman atau Masyarakat apakah baik atau kurang.

i) Aspek spiritual

Pasien dalam menghadapi penyakitnya selalu melakukan kegiatan spiritual seperti beribadah dan berdoa.

j) Pola aktivitas sehari-hari

- 1) Pola Nutrisi metabolik yang perlu dikaji adalah pola makan biasa dan masukan cairan klien, tipe makanan dan cairan, peningkatan/penurunan berat badan, nafsu makan, pilihan makan.
- 2) Pola eliminasi yang perlu dikaji adalah pola deteksi klien, berkemih, penggunaan alat bantu, nafsu makan, pilihan makan.
- 3) Pola istirahat tidur yang perlu dikaji adalah bagaimana pola tidur klien selama 24 jam, bagaimana kualitas dan kuantitas tidur klien apa ada gangguan tidur dan penggunaan obat-obatan untuk mengatasi gangguan tidur.
- 4) Pola kebersihan diri yang perlu dikaji adalah bagaimana pasien dalam merawat diri seperti mandi, keramas, dan lain-lain.

5) Pola aktivitas Latihan yang perlu dikaji adalah pola aktivitas klien, Latihan dan rekreasi, kemampuan untuk mengusahakan aktivitas sehari hari (merawat diri, bekerja), dan respon kardiovaskuler serta pernafasan saat melakukan aktivitas

k) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium, radiologi, kolonoskopi.

l) Analisa data

Sumber : Griffiths et al.,(2019)

Tabel 2. 2 Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Data subjektif 1. Mengeluh nyeri Data objektif 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Bersikap proktektif	Gangguan metabolic ↓ Obstruktif ↓ Infeksi mukosa lambung ↓ Nyeri visera lambung ↓ gangguan disfungsi mukosa lambung ↓ Peningkatan asam lambung ↓ Abdominal pain ↓ Iritasi mukosa lambung ↓ Peradangan mukosa lambung ↓ Nyeri akut	Nyeri akut (D.0077)

2	Data subjektif 1. Merasa lemah Data objektif 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat	Nyeri visera abdomen ↓ Gangguan disfungsi asam lambung ↓ Abdominal pain ↓ Kelemahan fisik	Intoleransi aktivitas (D.0056)
3	Data subjektif 1. Nyeri abdomen 2. Nafsu makan menurun Data objektif 1. Bising usus hiperaktif 2. Membrane mukosa pucat	Abdominal pain ↓ Iritasi mukosa lambung ↓ Peradangan mukosa lambung ↓ Aktivitas lambung meningkat ↓ Asam lambung meningkat ↓ Nyeri somatic ↓ Kontraksi otot lambung ↓ Distensi abdomen↓ ↓ Mual,muntah ↓ Masukan nutrisi inadekuat ↓ Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh ↓ Defisit nutrisi	Defisit nutrisi (D.0019)
4	Data subjektif	Ansietas ↓	Deficit pengetahuan

	1. Menanyakan masalah yang dihadapi Data objektif 1. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Kurang terpapar informasi ↓ Defisit pengetahuan	(D.0111)
--	---	---	----------

2. Diagnosa keperawatan

Menurut SDKI 2017, diagnosa yang mungkin muncul pada abdominal pain adalah.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen penceedera fisiologis (D.0077)
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (D.0019)
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

3. Perencanaan

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan 3x24jam diharapkan keluhan nyeri menurun dengan kriteria hasil: Tingkat nyeri (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5)	Manajemen nyeri (L.08238) Observasi 1. Identifikasi Lokasi, Karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, insensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan Teknik non Farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam) 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. jelaskan strategi meredakan nyeri	1. Untuk mengetahui Lokasi,karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Agar pasien mengetahui teknik mengurangi nyeri secara nonfarmakologis 5. Agar lingkungan yang memperberat nyeri dapat dikontrol dengan baik 6. Agar pasien bisa istirahat dan tidur dengan baik 7. Agar pasien mengetahui strategi meredakan nyeri 8. Agara pasien dengan mandiri dapat mengetahui nyeri

			2. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) Kolaborasi 1. kolaborasi pemberian analgetik	9. Agar pasien dapat melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 10. Agar pemberian analgetik diberikan dengan baik
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan Tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil : Tingkat keletihan (L.05046) 1. verbalisasi kepulihan energi meningkat (5) 2. tenaga meningkat (5) 3. verbalisasi Lelah menurun (5) 4. lesu menurun (5)	Manajemen energi (1.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor Lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya,suara, kunjungan) 2. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 3. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur,jika tidak dapat berpindah atau berjalan	1. Untuk mengetahui fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan 2. Untuk mengetahui Lokasi dan Tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas 3. Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien 4. untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien 5. Untuk melatih Gerak mobilisasi pasien selama dirawat 6. Untuk memberikan kenyamanan pasien saat beristirahat 7. Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap

			Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	8. Untuk memaksimalkan proses asupan gizi dan penyembuhan pasien
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: Status nutrisi (L.03030) 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5) 2. Kekuatan otot mengunyah meningkat (5) 3. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat (5)	Manajemen nutrisi (L.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan 2. Berikan makanan tinggi serat,protein dan kalori Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk.jika mampu Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis,Pereda nyeri,antiemetik)	1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2. Untuk mengetahui asupan makanan pasien 3. Untuk membantu mengidentifikasi malnutrisi protein-kalori pasien 4. Mulut yang bersih membantu meningkatkan nafsu makan 5. Untuk memenuhi kebutuhan protein,kalori yang hilang 6. Mencegah terjadi tersedak saat makan dan membuat kenyamanan bagi pasien 7. Untuk mencegah terjadinya nyeri setelah makan

4	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil (L.12111) 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5) 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)	Edukasi Kesehatan (L.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	1. Memberikan informasi Ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam persiapan informasi 2. Untuk menunjang agar penyampaian materi lebih mudah dan menarik 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima materi 4. Untuk sebagai pengetahuan agar kedepannya lebih berhati-hati 5. Untuk meminimalisir komplikasi yang akan timbul dan keluarga dapat menjalankan PHBS dengan optimal
---	--	---	---	--

4. Implementasi keperawatan

Menurut (Pasba, 2023) implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif intelektual, kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang 52 dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Perawat menetapkan kembali informasi baru yang diberikan kepada klien untuk mengganti atau menghapus diagnosa keperawatan, tujuan atau intervensi keperawatan. Evaluasi juga dapat membantu perawat dalam menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai berdasarkan Keputusan Bersama antara perawat dan klien. Evaluasi berfokus pada individu klien dan kelompok dari itu sendiri (Nurhidayati et al., 2023).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a) Biodata

1) Identitas klien

Nama	: Tn. D
Tanggal lahir	: Garut, 11-12-1958
Usia	: 66 tahun
Jenis kelamin	: laki-laki
Alamat	: Sukanegla
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Buruh harian lepas
Agama	: islam
Tanggal masuk	: 20-04-2025
Tanggal pengkajian	: 22-04-2025
No.Rekam Medis	: 22527

2) Identitas penanggung jawab

Nama	: Ny. L
Usia	: 32 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Sukanegla
Hubungan dengan pasien	: Anak

b) Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 22 april 2025 jam 10.58 WIB di ruang tulip 6, klien mengatakan nyeri perut dibagian kanan atas kuadran 1, nyeri meningkat saat digerakan dan menurun pada saat di diamkan, nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat, klien juga mengatakan nyeri hanya dirasakan pada bagian perut dengan skala 6 (0-10),dirasakan hilang timbul.

Berdasarkan hasil pengkajian juga,klien mengeluh mual dan muntah 1-2x/hari,tidak nafsu makan,turun 5kg selama sakit.klien juga tidak tahu akan penyakitnya.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Pasien mengatakan bahwa klien tidak mempunyai Riwayat penyakit menular,penyakit keturunan dan penyakit lainnya, pasien juga mengatakan tidak memiliki Riwayat alergi baik alergi obat, makanan ataupun cuaca.

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Pasien mengatakan bahwa anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai Riwayat penyakit yang sama seperti yang saat ini sedang dialami pasien, pasien juga mengatakan bahwa tidak ada yang mempunyai Riwayat penyakit keturunan.

c) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : Lemah

Penampilan : Baik

Kesadaran : Composmentis

GCS : 15 (E=4, V=5, M=6)

2) Tanda tanda vital

TD : 90/70 mmhg

N : 71x/menit

R : 20x/menit

S : 36,6 °C

Spo2 : 99%

TB : 165cm

BB : BB sehat : 52kg (BMI=19,1)

BB sakit : 47kg (BMI=17,3)

3) Pemeriksaan fisik persistem

a) Sistem pencernaan

Bibir klien tampak simetris mukosa bibir tampak kering, warna bibir pasien merah tua, tidak ada lesi pada rongga mulut. Area mulut tampak bersih, pasien mual muntah 1-2x/hari. abdomen datar. tidak teraba masa, terdapat nyeri tekan pada bagian kanan abdomen atas kuadran 1. saat diperkusi suara abdomen timpani. bising usus pasien 27x/menit.

b) Sistem penglihatan

Bentuk dan letak mata simetris, kongjungtiva merah muda, mata cekung sclera putih, reflek pupil baik, pupil isokor dengan diameter 2-3 mm. lensa pada mata tampak jernih tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan pada sekitar mata.

c) Sistem pendengaran

Bentuk telinga dan letak telinga kiri dan kanan simetris, telinga tampak sedikit kotor, tampak terdapat serumen dalam rongga telinga, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran mastoid, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada peradangan pada bagian Tengah telinga, tidak ada nyeri tekan, dan pembesaran pada tulang mastoid.

d) Sistem pernafasan

Lubang hidung pasien simetris antara lubang kiri dan kanan lubang hidung tampak sedikit kotor, tidak ada lesi, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan, frekuensi nafas 20x/menit. tidak terdapat sianosis, pengembangan dada simetris. tidak terdengar adanya krepitasi dinding dada, bunyi toraks sonor, bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi maupun wheezing pada suara lapang paru.

e) Sistem kardiovaskular

Kongjungtiva tidak anemis, bibir tidak sianosis, tidak ada pembesaran vena jugularis, ictus cordis tidak tampak dan tidak teraba pada permukaan dinding dada di ICS 5 midklavikula sinistra, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis maupun radialis teraba kuat, akral hangat, CRT <3 detik, bunyi jantung murni regular.

f) Sistem endokrin

Pergerakan leher baik dibuktikan dengan pasien dapat menengok ke kiri dan ke kanan. Pasien tampak tidak ada benjolan tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar getah bening, tidak terdapat adanya nyeri tekan pada area leher.

g) Sistem perkemihan

Kandung kemih teraba kosong, tidak terpasang kateter, tidak teraba adanya masa lunak dan nyeri tekanan disekitar kandung kemih. Pasien berjenis kelamin laki-laki, warna urine kuning jernih dengan bau khas urine, tidak ada gangguan saat berkemih.

h) Sistem integument

Kulit pasien berwarna sawo matang, kulit terasa hangat, turgor kulit <2 detik, rambut berwarna hitam abu-abu, tidak ada lesi pada kulit kepala, warna kuku transparan.

i) Sistem musculoskeletal

- Ekstermitas atas

Tidak ada lesi, tidak ada edema, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, jumlah jari tangan lengkap, terpasang infus asering 20tpm ditangan sebelah kanan.

- Ektremitas bawah

Tidak ada lesi, tidak ada edema, tidak ada benjolan, tidak nyeri tekan, jumlah jari kaki lengkap, tidak memakai alat bantu jalan.

j) Sistem neurologis

(1) Nervus I (Olfactorius)

Pasien dapat membedakan bau minyak kayu putih, dan kopi

(2) Nervus II (Opticus)

Fungsi penglihatan baik, dibuktikan dengan pasien dapat membaca dengan baik papan nama perawat pada jarak 1 cm

(3) Nervus III (Oculomotoris)

Pupil isokor dibuktikan dengan saat diberikan diberi rangsangan, serta tidak terlihat adanya cekung pada kelopak mata.

(4) Nervus IV (Troclearis)

Pasien dapat menggerakkan bola matanya ke atas dan kebawah.

(5) Nervus V (Abdusen)

Pasien dapat menggerakkan matanya ke samping kiri dan Kanan.

(6) Nervus VI (Trigeminus)

Sensori pada kulit wajah pasien baik, pasien dapat merasakan gesekan kapas pada pipi, pasien bisa mengunyah dan menelan dengan baik.

(7) Nervus VII (Facialis)

Nervus dan otot wajah pasien baik, pasien dapat menggerakkan alis dan mengurutkan dahi. Pasien bisa merasakan sensasi rasa asin, manis dan pahit pada 2/3 anterior lidah.

(8) Nervus VIII (Vestibulococlear)

Fungsi pendengaran pasien baik, dibuktikan pasien dapat bisa mengulang apa yang perawat ucapkan jarak 1 meter serta bisa mendengar detikkan jarum jam.

(9) Nervus IX (Glosopharingeus)

Refleks menelan pasien baik

(10) Nervus X (Vagus)

Refleks muntah (gag reflex) pasien baik, pasien bisa merasakan sensasi rasa pahit pada 1/3 pangkal lidah.

(11) Nervus XI (Accesorius)

Pasien dapat menggerakkan kepalanya dengan mengangguk, menoleh, ke kiri dan kanan serta menggerakkan bahunya.

(12) Nervus XII (Hipoglossus)

Pasien mampu menggerakkan lidahnya ke samping kiri dan kanan.

d) Aspek psikologis

Pasien mengatakan khawatir dan merasa gelisah tentang penyakitnya.

Pasien juga merasa takut dengan kondisinya saat ini.

e) Aspek psikososial

Pasien mengatakan berhubungan baik dengan siapapun baik dengan keluarga, tetangga, teman atau masyarakat.

f) Aspek spiritual

Pasien mengatakan dirinya selalu beribadah dan berdoa kepada Allah

SWT agar diberi kesembuhan.

g) Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	ADL	Sebelum sakit	Saat sakit
	Pola nutrisi • Makan • Frekuensi • Jenis • Porsi • Keluhan	3x/hari Nasi, lauk pauk, daging 1 porsi Tidak ada	3x/hari Bubur, sayur ½ porsi Mual muntah
	Minum • frekuensi • jenis • keluhan	8 gelas/hari Air putih Tidak ada	5-6 gelas Air putih Tidak ada
	Eliminasi BAB BAK • frekuensi • warna	1-2x/hari Lunak Kuning kecoklatan Tidak ada 2-3x/hari Kuning jernih	1x selama di Rs Keras Kuning Feses keras 2-3x/hari Kuning jernih

	• bau • keluhan	Khas urine Tidak ada	Khas urine Tidak ada
	Istirahat tidur • tidur siang • tidur malam • keluhan	1-2 jam 6-8 jam Tidak ada	1 jam 5 jam Terasa nyeri
	Personal hygiene • mandi • Ganti baju • Keramas • memotong kuku • gosok gigi	2-3x/hari 2x/hari 3x seminggu 2x seminggu 2-3x/hari	Diwaslap 1x/hari 3x seminggu Belum pernah 1x/hari
	Aktivitas	Pasien selalu menjalankan aktivitasnya sesuai kebutuhan seperti olahraga ataupun jalan-jalan	Pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya, hanya terbaring ditempat tidur.

h) pemeriksaan penunjang

Nama : Tn.D
 No. Rekam Medis : 22527
 Umur : 66 tahun
 Tanggal pemeriksaan : 21-04-2025

Tabel 3. 2 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Ket
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	10.1	Pria = 14-18 Wanita = 12-16	Gr/dl	
Leukosit	10.000	4.000-10.000/m	Per mm	
LED		<10mm <20mm	Mm/1jam	
Trombosit	303.000	150.000-450.000	Per mm	
Hematokrit	31.9	35-45	%	
Eritrosit		4,5-6,0	Juta/mm	
Hitung jenis leukosit		0-1/1-4/3-5/40-7/20-40/2-10	-	

NLR			-	
Golongan darah			-	
Bleeding time		1-3 menit	Menit	
Clothing time		5-15 menit		
MCV		80-100	Fl	
MCH		26-34	Pg	
MCHC		32-36	%	
Gula darah sewaktu		100-140		

i) Terapi medis

Tabel 3. 3 Terapi Medis

No	Nama obat	Dosis	Cara	Manfaat
1	Asering	20tpm	IV	Untuk memenuhi nutrisi dan mengatasi dehidrasi
2	Omeprazole	1 x 40 mg	IV	Untuk mengatasi asam lambung
3	ondansetron	2x4 mg	IV	Untuk Mengatasi mual muntah
4	Paracetamol	3x500 mg	IV	Meredakan demam dan nyeri
5	keterolac	2x4 mg	IV	Untuk meredakan nyeri derajat sedang hingga berat

j) Analisa data

Tabel 3. 4 Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds: 1. Pasien mengatakan nyeri perut dibagian kanan atas 2. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. 3. nyeri dirasakan seperti disayat-sayat 4. Skala nyeri 6 (0-10) 5. nyeri meningkat saat digerakan dan menurun pada saat di diamkan Do: 1. Klien tampak meringis 2. Td: 90/70mmhg N: 71x/menit R: 20x/menit S: 36,6 °C Spo: 99%	Gangguan metabolik ↓ Obstruktif ↓ Infeksi mukosa lambung ↓ Nyeri visera lambung ↓ Gangguan disfungsi asam lambung ↓ Peningkatan asam lambung ↓ Abdominal pain ↓ Iritasi mukosa lambung ↓ Perdangan mukosa lambung ↓ Nyeri akut	Nyeri akut D.0077
2	Ds: 1. Pasien mengatakan nafsu makan menurun 2. Mual muntah 1-2x/hari 3. Berat badan menurun Do: 1. Klien tampak lemah 2. Nafsu makan menurun 3. BB sebelum sakit: 52kg 4. BB saat sakit: 47kg	Aktivitas lambung meningkat ↓ Asam lambung meningkat ↓ Nyeri somatic ↓ Kontraksi otot lambung ↓ Mual muntah ↓ Masukan nutrisi inadequate ↓	Deficit nutrisi (D.0019)

		Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh ↓ Deficit nutrisi	
3	Ds: 1. Pasien bertanya penyakit yang sedang dialami Do: 1. Pasien terlihat keliru 2. Pasien tampak bingung	Ansietas ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan (D.0.111)

2. Diagnosa keperawatan

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Ds:

- a. Pasien mengatakan nyeri perut dibagian kanan atas
- b. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul
- c. nyeri dirasakan seperti disayat-sayat
- d. Skala nyeri 6 (0-10)
- e. Nyeri meningkat saat digerakan dan menurun saat didiamkan

Do:

- a. Klien tampak meringis
- b. Bersikap protektif

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keenganan untuk makan)

Ds:

- a. Pasien mengatakan nafsu makan menurun
- b. Pasien mengeluh Mual muntah 1-2x/hari

- c. Pasien mengeluh Berat badannya menurun

Do:

- a. Klien tampak lemah
 - b. Klien tercium bau mulut
 - c. Membrane mukosa pucat
 - d. Porsi makan $\frac{1}{2}$ porsi
 - e. BB sebelum sakit: 52kg
 - f. BB saat sakit: 47kg
- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Ds:

- a. Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dialaminya

Do:

- a. Pasien tampak bertanya-tanya
- b. Td: 90/70mmhg
N: 71x/menit
R: 20x/menit
S: 36,6 °C
Spo: 99%

3. Proses keperawatan

Nama : Tn.D

Umur : 66 tahun

No.RM : 22527

Ruangan : Tulip 6

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen fisiologis Ds: 1. Pasien mengatakan nyeri perut dibagian kanan atas 2. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat skala nyeri 6(0-10) 3. nyeri meningkat saat digerakan dan	Setelah dilakukan tindakan 3x24jam diharapkan keluhan nyeri menurun dengan kriteria hasil: Tingkat nyeri (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) Gelisah menurun (5)	Manajemen nyeri (L.08238) 1. Identifikasi Lokasi, Karakteristik,durasi, Frekuensi,kualitas, Insensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan Teknik non Farmakologis untuk	1. untuk mengetahui Lokasi, karakteristik durasi,frekuensi, kualitas,intensitas nyeri 2. untuk mengetahui skala nyeri 3. untuk mengetahui factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Agar pasien mengetahui Teknik mengurangi nyeri secara nonfarmakologis 5. agar pasien bisa istirahat dan tidur dengan baik

	menurun pada saat di diamkan Do: 1. Klien tampak meringis 2. Bersikap protektif		mengurangi nyeri (kompres hangat) 2. fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. jelaskan strategi meredakan nyeri 2. menjelaskan penyebab,periode,pemicu nyeri kolaborasi 1. kolaborasi pemberian analgetik	6. agar pasien mengetahui strategi meredakan nyeri 7. agar pasien mengetahui 8. agar pemberian analgetic diberikan dengan baik
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) Ds: 1. Pasien mengatakan nafsu makan menurun 2. Pasien mengeluh Mual muntah 1-2x/hari 3. Pasien mengeluh Berat badannya menurun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: Status nutrisi (L.03030) 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5) 2. Kekuatan otot mengunyah meningkat (5) 3. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat (5) 4. Keluhan mual berkurang	Manajemen nutrisi (L.03119) Observasi 1. Monitor status nutrisi 2. Monitor berat badan Terapeutik 1. Berikan air minum hangat sebelum memberikan makan 2. Berikan makanan tinggi serat,protein dan kalori Edukasi	1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2. Untuk membantu mengidentifikasi malnutrisi protein-kalori pasien 3. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien 4. Untuk memenuhi kebutuhan protein,kalori yang hilang 5. Mencegah terjadi tersedak saat makan

	Do: 1. Klien tampak lemah 2. Klien tercium bau mulut 3. Membrane mukosa pucat 4. Porsi makan ½ porsi 5. BB sebelum sakit: 52kg 6. BB saat sakit: 47kg		3. Anjurkan posisi duduk,jika mampu Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis,Pereda nyeri,antiemetik)	dan membuat kenyamanan bagi pasien 6. Untuk mencegah terjadinya nyeri setelah makan
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi Ds: 1. Pasien mengatakan tidak mengetahui	Setelah dilakukan tindakan keperawatan sealama 3x24jam diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil (L.12111)	Edukasi Kesehatan (L.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	1. Memberikan informasi Ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan

	tentang penyakit yang dialaminya Do: 1. Pasien tampak bertanya-tanya 2. Td: 90/70mmhg N: 71x/menit R: 20x/menit S: 36,6 °C Spo: 99%	1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5) 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)	Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	dalam persiapan informasi 2. Untuk menunjang agar penyampaian materi lebih mudah dan menarik 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima materi 4. Untuk sebagai pengetahuan agar kedepannya lebih berhati-hati 5. Untuk meminimalisir komplikasi yang akan timbul dan keluarga dapat menjalankan PHBS dengan optimal
--	---	---	--	--

4. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn.D NO.RM : 22527
 Umur : 66 tahun Diagnosa : Abdominal pain

Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	1. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi nyeri Hasil: Nyeri perut dibagian kanan atas kuadran 1, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dan nyerinya hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Skala nyeri: 6 (0-10) 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: Nyeri meningkat pada saat bergerak dan menurun pada saat diam. 4. Memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat) Hasil:	Tanggal 23 april 2025 Jam : 15.45 WIB S: - pasien mengatakan masih merasa sakit pada bagian perut O: - pasien tampak meringis - skala nyeri 5 (0-10) A: - Masalah belum teratasi P: - lanjutkan intervensi	kistiya

		Pasien merasa nyaman 5. Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil: Melakukan perbeden 6. menjelaskan strategi meredakan nyeri hasil: mengetahui cara meredakan nyeri 7. menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri hasil: pasien kooperatif mendengarkan 8. berkolaborasi pemberian obat analgetic hasil: diberikan obat ketorolak		
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)	1. monitor status nutrisi Hasil: pasien mengatakan hanya menghabiskan makan ½ porsi. 2. Memonitor berat badan Hasil: BB Sehat: 52kg BB sakit: 47kg 3. Memberikan air hangat sebelum makan Hasil: Pasien meminum air hangat	Tanggal 23 april 2025 Jam: 18.00 WIB S: - klien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi - Klien mengatakan mual O: - Pasien tampak lemas - Porsi makan tidak habis A: - Masalah belum teratasi P: - lanjutkan intervensi	

		4. Memberikan makanan tinggi serat,protein dan kalori Hasil: Pasien memakan makanan yang diberikan oleh gizi 5. menganjurkan posisi duduk.jika mampu hasil: pasien posisi duduk 6. Berkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis,Pereda nyeri,antiemetik) Hasil: Diberikan obat ondansetron dan keterolak.		
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil: Pasien mampu mempu menerima informasi yang telah diberikan 2. Menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan Hasil: leaflet 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya Hasil:	Tanggal 23 april 2025 Jam: 20.00 WIB S: - pasien menanyakan penyakit yang sedang dialami O: - Pasien masih sedikit terlihat bingung - Menanyakan penyakit yang sedang dialami A: - Masalah belum teratasi P: - intervensi dilanjutkan	

		Pasien mampu bertanya tentang sesuai dengan yang telah dijelaskan 4. Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan Hasil: Pasien mengetahui apa yang telah dijelaskan 5. Mengajarkan hidup bersih dan sehat Hasil: Pasien tampak mengerti cara hidup dan sehat		
--	--	---	--	--

5. Catatan perkembangan

Nama : Tn.D
 Umur : 66 tahun
 NO.RM : 22527
 Diagnosa : Abdominal pain

Tabel 3. 7 Catatan perkembangan

No	Tanggal/jam	Dx	Catatan perkembangan	Paraf
1	24 april 2025 09.00 WIB	1	S: - pasien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan atas masih sedikit terasa O: - Pasien tampak meringis - Skala nyeri 4 (0-10) - Td: 100/80mmhg - N: 75x/menit A: - Nyeri akut P: lanjutkan intervensi - Obeservasi tanda-tanda vital - Identifikasi skala nyeri - anjurkan kompres hangat - kolaborasi dengan pemberian obat I: - mengobservasi tanda-tanda vital - mengidentifikasi skala nyeri - menganjurkan kompres hangat - memberikan terapi keterolak E: - Masalah belum teratasi R: - lanjutkan intervensi	Kistiya

	09.30 WIB	2	S: - pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi makan - pasien mengatakan mual sedikit berkurang O: - porsi makan tidak habis - mual sudah sedikit berkurang A: - Defisit nutrisi P: lanjutkan intervensi - Monitor asupan nutrisi - Anjurkan makan sedikit-sedikit tapi sering I: - Memonitor asupan nutrisi - Menganjurkan untuk makan porsi sedikit tapi sering E: - Masalah teratasi sebagian R: - lanjutkan intervensi	Kistiya
	10.00 WIB	3	S: - pasien bertanya tentang kondisinya O: - pasien tampak bingung - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah A: - Defisit pengetahuan P : lanjutkan intervensi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan - Berikan kesempatan untuk bertanya I: - Menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan - menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan - memberikan kesempatan untuk bertanya	Kistiya

			- E: - Masalah belum teratasi R: - lanjutkan intervensi	
2	25 april 2025 10.45 WIB	1	S: - pasien mengatakan nyeri dibagian perut kanan atas sedikit berkurang O: - ekspresi meringis menurun - Skala nyeri 3 (0-10) - Td: 120/80 mmhg - N: 75mmhg A: - Nyeri akut P: lanjutkan intervensi - Observasi tanda-tanda vital - Identifikasi skala nyeri - anjurkan kompres hangat secara mandiri - kolaborasi pemberian obat I: - mengobservasi tanda-tanda vital - Mengidentifikasi skala nyeri - Menganjurkan kompres hangat secara mandiri E: - masalah teratasi sebagian - Skala nyeri 3 (1-10) - Pasien bisa melakukan kompres hangat R: - lanjutkan intervensi	Kistiya
	25 april 2025 11.00 WIB	2	S: - Pasien mengatakan sudah menghabiskan 1 porsi makan dan tidak ada mual O:	

			- Pasien menghabiskan 1 porsi sedikit demi sedikit - Nafsu makan mulai meningkat A: - masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi - Monitor asupan nutrisi - Anjurkan makan sedikit-sedikit tapi sering I: - Memonitor berat badan - Menganjurkan untuk makan porsi sedikit tapi sering E: - masalah teratasi sebagian R: masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi	
	11.45 WIB	3	S: - pasien mengatakan sudah mengerti tentang kondisinya O: - perilaku sesuai anjuran - pasien mampu menjelaskan apa yang sudah dijelaskan A: - defisit pengetahuan teratasi P: lanjutkan intervensi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan - Berikan kesempatan untuk bertanya I: - Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan - Berikan kesempatan untuk bertanya E: - masalah teratasi sebagian R: - lanjutkan intervensi	

3	12.00 WIB	1	S: - pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang O: - Pasien tampak rileks - Pasien tidak meringis - Skala nyeri 2 (1-10) - Td: 120/80mmhg - N: 80x/menit - R: 20x/menit - S: 36,6 °C - Spo2: 99% A: - Nyeri akut teratasi P: - hentikan intervensi	Kistiya
	12.30 WIB	2	S: - pasien mengatakan sudah menghabiskan 1 porsi makan dan tidak ada mual muntah O: - nafsu makan meningkat - Porsi makan habis - Tidak ada mual muntah A: - Masalah defisit nutrisi teratasi P: - hentikan intervensi	Kistiya
	13.05 WIB	3	S: - pasien mengatakan sudah paham dan tahu penyakit yang dialaminya O: - perilaku sesuai anjuran - mampu menjelaskan apa yang sudah dijelaskan A: - masalah defisit pengetahuan teratasi P: - Hentikan intervensi	Kistiya

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Guntur selama 14 hari dari tanggal 21 April-09 Mei 2025, penulis mendapatkan tugas untuk membuat Karya Tulis Ilmiah. Penulis mendapatkan kasus pada tanggal 21 April – 26 April 2025. Penulis mendapatkan beberapa kesesuaian dan kesenjangan antara teori dengan kasus di lapangan mulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar utama didalam memberikan asuhan keperawatan. Perawat harus mengumpulkan data tentang status Kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Pengumpulan data ini juga harus dapat menggambarkan status Kesehatan pasien dan kekuatan masalah-masalah yang dialami oleh pasien.

Pengumpulan dan pengkajian data penulis dilakukan pada tanggal 27 April 2025. Pada kasus ini pasien bernama Tn.D, berjenis kelamin laki-laki, tempat tanggal lahir Garut 11 Desember 1958, Alamat di kp. Pasir Pogor Rt 03 Rw 04 desa Sukanegla kecamatan Garut kota kabupaten Garut beragama Islam Pendidikan SMP sudah menikah.

Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,6°C, spo 99%, tinggi badan 165cm, dan berat badan sebelum sakit 52kg dan pada saat sakit mengalami

penurunan berat badan menjadi 47kg. didapatkan data pasien mengatakan 1 minggu sebelum masuk rumah sakit pasien sudah mengalami nyeri perut dibagian kanan atas.pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 22 april 2025 pukul 10.58 WIB di Rs Guntur Ruang Tulip 6 pasien mengatakan nyeri abdomen pada bagian kanan atas kuadran 1 dimana nyeri dirasakan hilang timbul nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala 6 (0-10), serta pasien juga mengeluh mual muntah,sehingga tidak nafsu makan dan membuat BB pasien menjadi turun dari 52kg menjadi 47kg.

Berdasarkan menurut (Suprianti,2024), pasien dengan abdominal pain pada umumnya mengalami nyeri dibagian organ perut.hal ini sesuai dengan keluhan yang dialami Tn.D yang mengatakan nyeri perut sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit.gangguan lain yang biasanya ditemukan pada penderita abdominal pain yaitu sistem pencernaan.penderita abdominal pain lidah dan mukosa bibir kering,mual muntah,dan nyeri abdomen .dimana hal ini sesuai dengan yang dialami Tn.D pada saat pemeriksaan fisik didapatkan mukosa bibir kering.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan tanda dan gejala yang dialami oleh klien.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada bagian perut kanan atas, tampak meringis, dan gelisah. Hal ini juga sesuai dengan yang dialami oleh Tn.D

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan dibuktikan dengan nafsu makan menurun, porsi makan tidak habis, mual muntah dan adanya penurunan berat badan. Hal ini sesuai dengan yang dialami oleh Tn.D.
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan pasien menanyakan penyakit yang sedang dialaminya dan pasien terlihat bingung. Hal ini sesuai dengan yang dialami Tn.D.

3. Perencanaan

Pada tahap ini penulis mendapatkan partisipasi dengan pasien dan keluarga, dengan adanya partisipasi ini penulis bisa memberikan pengetahuan tentang cara mengatasi masalah masalah yang ada pada pasien diantaranya nyeri akut, defisit nutrisi, dan defisit pengetahuan.

- a. nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada bagian kanan atas. Untuk rencana tindakan keperawatannya yaitu identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan berkolaborasi pemberian analgetik. (SIKI, 2018).

b. Defisit nutrisi

berhubungan dengan keengganan untuk makan dibuktikan dengan pasien mengeluh mual muntah dan nafsu makan menurun. untuk rencana tindakan keperawatannya yaitu identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, monitor berat badan, lakukan oral hygiene sebelum makan, berikan makanan tinggi serat, protei dan kalori, ajarkan diet yang deprogramkan dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori. (SIKI,2018).

c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan pasien mengeluh dan bertanya-tanya tentang penyakit yang dialaminya. untuk rencana tindakan keperawatannya yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan Pendidikan Kesehatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan. (SIKI,2018).

4. Implementasi

a. Pada pasien dengan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, memfasilitasi istirahat dan

tidur, mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan berkolaborasi pemberian analgetic.

- b. Pada pasien dengan defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi makanan yang disukai, memonitor berat badan, melakukan oral hygiene sebelum makan, memberikan makanan tinggi serat, protein dan kalori, mengajarkan diet yang deprogram dan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori.
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan pasien mengeluh dan bertanya-tanya tentang penyakit yang dialaminya. penulis melakukan tindakan keperawatannya yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan Pendidikan Kesehatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan. (SIKI, 2018).

5. Evaluasi

Pada tahap ini penulis secara langsung mengobservasi secara bertahap untuk memberikan yang terbaik buat kesembuhan pada Tn.D. setelah dilakukan tindakan keperawatan yang dilakukan Tn.D untuk mengatasi masalah nyeri akut, defisit pengetahuan, masalah ini belum bisa teratasi dikarenakan pasien belum menunjukkan perubahan kondisi yang signifikan..

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan proses Asuhan Keperawatan pada Tn.D dengan sistem pencernaan: Abdominal pain yang dilaksanakan pada tanggal 21 april – 9 mei 2025 maka penulis dapat mengambil Kesimpulan sebagai berikut.

1. Pada saat pengkajian pasien dengan Abdominal pain ditemukan data-data dari Tn.D dengan gangguan sistem pencernaan: Abdominal pain menurut penuturan pasien, pasien mengatakan nyeri perut dibagian kanan atas dan mual muntah.
2. Penulis mampu menegakan diagnose keperawatan, masalah-masalah yang perlu dilakukan Asuhan Keperawatan diantaranya nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
3. Penulis mampu membuat tindakan perencanaan tindakan keperawatan yang meliputi prioritas masalah, tujuan dan kriteria keberhasilan, serta rencana tindakan yang akan dilakukan pada setiap masalah keperawatan.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan, berdasarkan diagnostic keperawatan yang timbul meskipun dalam pelaksanaanya penulis tidak melaksanakan asuhan keperawatan selama 24 jam penuh.

5. Penulis mampu mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.D dengan gangguan sistem pencernaan: Abdominal pain.

B. Rekomendasi

1. Untuk perawat ruangan

Perawat harus memandang klien secara utuh dan menyeluruh tanpa membedakan klien baik dari segi ekonomi, budaya, suku bangsa, ras dan agama.

2. Untuk pasien

Diharapkan untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat agar penyakit yang diderita tidak kambuh kembali dan juga pasien bisa mengikuti prosedur yang telah ditetapkan rumah sakit maupun perawat yang ada.

3. Untuk keluarga klien

Diharapkan dapat mempertahankan perawatan pada Tn.D serta meningkatkan pengetahuan tentang penyakit Abdominal pain.

4. Untuk institusi Pendidikan

Kurangnya literatur perpustakaan dapat menghambat proses pembelajaran mahasiswa, maka perpustakaan harus menyediakan literatur yang berhubungan dengan sistem pencernaan dalam berbagai variasi dan literatur yang banyak akan mempermudah proses pembelajaran bagi mahasiswa.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Masawabe, M. M., & Abu-Naser, S. S. (2021). Expert System for Short-term Abdominal Pain (Stomach Pain) Diagnosis and Treatment. *International Journal of Academic Information Systems Research (IJAIRS)*, 5(5), 37–56.
- Boezaart, A. P., Smith, C. R. S. C., Zasimovich, Yury, Server, A., Morgan, G., Booyesen, A. T. K., & Reina, M. A. (2021). *Visceral versus somatic pain: an educational review of anatomy and clinical implications*. <https://doi.org/10.1136/rapm-2020-102084>
- Dwi, A. B., & Sahrudi, S. (2024). Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Skala Nyeri. *Malahayati Nursing Journal*, 6(1), 185–197. <https://doi.org/10.33024/mnj.v6i1.10593>
- Hadinata, D. (2023). Implementasi Kompres Hangat Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Dengan Kolik Abdomen Di Ruang Bandeng 2 RSUD Pantura Ma Sentot Patrol Indramayu Tahun 2022. *Medisina*, 9(1), 93–100.
- Kushariyadi, Maulida, R., Zainur, A., & Candra, E. (2023). Warm Compress Therapy to Resolved Acute Pain Nursing Problems: A Case Study. *Jurnal Kegawatdaruratan Medis Indonesia*, 2, 212–222. <https://doi.org/10.58545/jkmi.v2i2.130>
- Medical Record* Rumah Sakit Guntur Garut. (2025), Laporan tahunan rekam medis abdominal pain di Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut
- Nurhidayati, Karyawati, T., & Silahudin, M. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Nyeri Abdomen (Abdominal Pain) Di Ruang Kemuning RSUD Dr. Soeselo Kabupaten Tegal Nurhidayati. *Jurnal Mahasiswa Ilmu Farmasi*

- Dan Kesehatan*, 1(4), 118–134. <https://doi.org/10.59841/jumkes.v1i4.262>
- Padlilah. (2022). asuhan keperawatan pasien abdominal pain dengan kolik abdomen dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman. 47(4), 124–134. <https://doi.org/10.31857/s013116462104007x>
- Pasba, W. T. (2023). Asuhan Keperawatan Pada an.a Abdominal Pain Dengan Implementasi Teknik Distraksi Pada Pasien Nyeri Di Rsud Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023. *Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu*.
- Pickhardt, P. J., & Nelson, L. (2019). *Acute non-traumatic abdominal pain by quadrant: rela*Pickhardt, P. J., & Nelson, L. (2019). *Nyeri perut akut non-traumatik berdasarkan kuadran: hasil relatif CT dan evaluasi klinis untuk diagnosis pada 1000 pasien*. <https://doi.org/10.1007/s00261-019-02064->. <https://doi.org/10.1007/s00261-019-02064-6> Full text linksCite
- sari. (2024). Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan. *Jakarta: Salemba Medika*, 3, 158. https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=Sukarmin.+%282011%29.+Asuhan+Keperawatan+pada+Klien+dengan+Gangguan+Siste m+Pencernaan.+Jakarta%3A+Salemba+Medika&btnG=
- Sepdianto, T. C., Abiddin, A. H., & Kurnia, T. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien abdominal pain di RS Wonolangan Probolinggo: Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11, 220–225. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.734>
- Suprianti, E., Khoiriyati, A., & Krisyanto, W. P. (2024). Case Report : Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Untuk Menurunkan Tingkat Nyeri Pada Pasien

Dengan Abdominal Pain. *Jurnal Mahasiswa Ilmu Farmasi Dan Kesehatan*, 2(3), 01–12. <https://doi.org/10.59841/jumkes.v2i3.1155>

tim medis siloam hospitals. (2025). *cara mencegah sakit perut*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.0313>

SDKI PPNI. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. (2017)

SIKI PPNI. (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Tindakan Keperawatan. Jakarta Selatan: PPNI.

SLKI PPNI. (2019) . Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria hasil Keperawatan. Jakarta Selatan: PPNI.

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

ABDOMINAL PAIN



Disusun oleh

Nama : kistiya elmanda

NIM: KHGA22055

Kelas : 3B D3 keperawatan

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

2025

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) ABDOMINAL PAIN

Pokok Bahasan	: Abdominal pain
Hari/Tanggal	: 24 April 2025
Waktu	: 08.25 WIB
Tempat	: Rumah Sakit Guntur
Sasaran	: keluarga Tn.D
Pemateri	: Kistiya Elmanda

A. Tujuan

1. Tujuan umum

Setelah dilakukan Pendidikan Kesehatan, diharapkan keluarga Tn.D mampu memahami mengenai abdominal pain

2. Tujuan khusus

Setelah mengikuti penyuluhan ini diharapkan keluarga Tn.D mampu:

- a. Mengetahui pengertian abdominal pain
- b. Mengetahui tanda dan gejala abdominal pain
- c. Mengetahui penyebab abdominal pain
- d. Mengetahui pencegahan abdominal pain

B. Metode

1. Ceramah

2. Tanya jawab

C. Media

Leaflet (terlampir)

D. Kegiatan penyuluhan

Tahap kegiatan/waktu	Kegiatan pemateri	Kegiatan pendengar	Media
Pembukaan (5 menit)	1. Salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. menjelaskan maksud dan tujuan 4. menggali pengetahuan keluarga Tn.D mengenai materi yang akan disampaikan	1. menjawab salam 2. mendengarkan keterangan pemateri 3. mengenali pengetahuan yang ditanyakan pemateri	Ceramah
Penyajian dan diskusi (20 menit)	1. pengertian abdominal pain 2. tanda dan gejala abdominal pain 3. penyebab abdominal pain 4. pencegahan abdominal pain	Mendengarkan dan memperhatikan materi yang disampaikan pemateri	Leaflet
Penutup (5 menit)	1. mengevaluasi dan menanyakan Kembali mengenai materi 2. menyimpulkan materi 3. salam penutup	1. menjawab pertanyaan 2. memperhatikan 3. menjawab salam	Tanya jawab

E. kriteria Evaluasi

1. evaluasi terstruktur

- a. Adanya koordinasi antara pemateri dan peserta selama acara penyuluhan berlangsung
- b. Persiapan acara penyuluhan dapat dilakukan dengan baik, misalnya dalam persiapan leaflet
- c. Sebelum penyuluhan sudah kontrak dengan keluarga

2. Evaluasi proses

- a. Peserta aktif mendengarkan dan memperlihatkan pemateri
- b. Peserta aktif menanyakan materi
- c. Peserta aktif menjawab pertanyaan pemateri

3. Evaluasi hasil

Peserta mampu memahami dan menjelaskan Kembali mengenai abdominal pain dengan benar.

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian abdominal pain

Abdominal pain adalah beberapa masalah yang dialami oleh seseorang pada bagian tubuh khususnya organ perut. Nyeri perut sendiri yaitu rasa tidak nyaman dikarenakan faktor pertahanan organ dalam tubuh untuk sebisa mungkin mencegah kerusakan pada organ organ tertentu.

B. Tanda dan Gejala abdominal pain

Tanda dan Gejal abdominal pain yaitu:

- a. Mengeluh nyeri
- b. Meringis
- c. Mengerutkan dahi
- d. Mengigit dahi
- e. Gelisah
- f. Imobilitas
- g. Mengalami ketegangan otot melakukan Gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan.
- h. Menghindari kontak social, dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri yang akan menurunkan rentang perhatian.
- i. Denyut jantung tekanan darah dan frekuensi dari nafas akan terlihat meningkat

C. Penyebab abdominal pain

Penyebab dari abdominal pain dapat terjadi karena adanya gangguan pada organ pencernaan maupun organ lain seperti gangguan gastroenteritis, maag, pelvic inflammatory disease (PID) atau penyakit inflamasi pelvis, kemih/ginjal, kehamilan ektopik/keguguran.

D. Pencegahan abdominal pain

Secara umum abdominal pain merupakan kondisi yang dapat menyebabkan penderitanya merasa mual, muntah, kembung, kenyang, hingga diare atau sembelit.

Maka dari itu ada beberapa hal pencegahan abdominal pain:

1. Memperhatikan jenis makanan
2. Mengubah pola makan
3. Cuci tangan sebelum makan
4. Makan secara perlahan
5. Mengelola stress
6. Perhatikan gejala yang muncul

pengertian abdominal pain

Abdominal pain adalah beberapa masalah yang dialami oleh seseorang pada bagian tubuh khususnya organ perut. Nyeri perut sendiri yaitu rasa tidak nyaman dikarenakan faktor pertahanan organ dalam tubuh untuk sebisa mungkin mencegah kerusakan pada organ organ tertentu



tanda dan gejala

- mengeluh nyeri
- mual muntah
- mengerutkan dahi
- mengigit dahi
- gelisah
- imobilitas
- mengalami ketegangan otot
- menghindari kontak sosial

kistiya Elmanda
nim: khga22055



WWW.WEBSITE.COM

penyebab abdominal pain

penyebab dari abdominal pain dapat terjadi karena adanya gangguan pada organ pencernaan maupun organ lain seperti gangguan gastroenteritis, maag, pelvic inflammatory disease (PID) atau penyakit inflamasi pelvis, kemih/ginjal, kehamilan ektopik/keguguran.

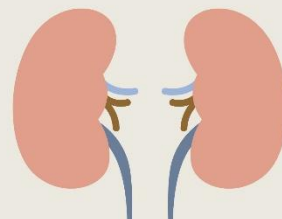
apa itu abdominal pain?



And Safe somebody's
life

pencegahan

- 1 memperhatikan jenis makanan
- 2 mengubah pola makan
- 3 cuci tangan sebelum makan
- 4 makan secara perlahan dan mengelola stress



Lembar Bimbingan

FORMAT BIMBINGAN

Nama : Kistiya Elmanda

NIM : KHGA22055

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
SISTEM PENCERNAAN : ABDOMINAL PAIN DI RUANG
TULIP 6 RUMAH SAKIT TINGKAT IX/03.07.04 GUNTUR

Pembimbing : Andri Nugraha, M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1				
2				
3				

4				
5				
6				
7				
8				

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas

- 1 Nama : Kistiya Elmanda
- 2 Umur : 22 tahun
- 3 Tempat, Tanggal lahir : Garut, 16 oktober 2003
- 4 Jenis Kelamin : Perempuan
- 5 Agama : Islam
- 6 Status : Mahasiswa
- 7 Alamat Rumah : kp.kopo Rt 01/04 desa neglasari kecamatan
kadungora kabupaten garut

II. Riwayat Pendidikan

- 1 SDN 03 CANGKUANG
- 2 SMPN 02 KADUNGORA
- 3 SMAN 02 GARUT
- 4 STIKes Karsa Husada Garut