



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN COLIC ABDOMEN DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT DI INSTALASI
GAWAT DARURAT RSI BANJARNEGARA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

KINWATI

202303143

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN
PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
2023/2024**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN COLIC ABDOMEN DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT DI INSTALASI
GAWAT DARURAT RSI BANJARNEGARA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Ners

Disusun Oleh:

KINWATI

202303143

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN
PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
2023/2024**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Kinwati

NIM : 202303143

Tanda Tangan :



Tanggal : 20 Mei 2024



HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN COLIC ABDOMEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSI BANJARNEGARA

Telah disetujui dan dinyatakan memenuhi syarat
pada tanggal 20 Mei 2024

Dosen Pembimbing



Podo Yuwono, M.Kep.

Mengetahui

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



Wuri Utami, M.Kep

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners diajukan oleh:

Nama : Kinwati

NIM : 202303143

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul KTA-N : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Colic Abdomen dengan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Instalasi Gawat Darurat RSI Banjarnegara.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong.

Penguji Satu



Barkah Waladani, M.Kep.

Penguji Dua



Podo Yuwono, M.Kep.

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal : 20 Mei 2024

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagisivitas akademik Universiastas Muhammadiyah Gombong, saya, yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Kinwati
NIM : 202303143
Program Siudi : Profesi Ners
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN COLIC ABDOMEN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSI BANJARNEGARA**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas royalti Nonksklusif ini Universitas Muhammadiyah gombong berhak menyimpan,mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat and mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Gombong, Kebumen

Pada Tanggal : 20 Mei 2024

Yang menyatakan



(Kinwati)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Puji syukur atas Kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Colic Abdomen dengan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Instalasi Gawat Darurat RSI Banjarnegara” dapat terselesaikan dengan baik. KIA ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Profesi Ners Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Gombong.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian sampai penyelesaian KIA Ners ini, dengan rendah hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Hj. Herniyatun, M.Kep.Sp.Mat. selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong.
2. Wuri Utami, M.Kep. selaku ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong.
3. Podo Yuwono, M.Kep selaku pembimbing KIA Ners.
4. Barkah Waladani, M.Kep. selaku penguji KIA Ners.
5. Kedua orang tua, Suamiku Anggono Widiyanto, anakku Betharina Irmadella Putri, Griselda Sabiya Talitha Putri serta keluarga yang selalu memberikan doa dan semangat.
6. Seluruh teman-teman Program Studi Pendidikan Profesi Ners UNIMUGO dan seluruh rekan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari bahwa proposal KIA ini masih banyak kekurangan, semoga apa yang terkandung didalamnya dapat bermanfaat khususnya bagi dunia keperawatan. Oleh karena itu peneliti mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga dapat membantu menyempurnakan proposal KIA Ners ini.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Gombong, 20 Mei 2024

Kinwati

Program Studi Pendidikan profesi Ners Program Profesi
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Gombong
KIAN, April 2024
Kinwati¹⁾ Podo Yuwono²⁾
kinwatisaja@gmail.com

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN COLIC ABDOMEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSI BANJARNEGARA

Latar Belakang, Colic perut diartikan sebagai sakit di lambung datang pergi dan berasal oleh lambung atau bagian perut dan disebabkan oleh peradangan pada organ perut. Masih banyak lagi penyebab terjadinya kolik, salah satunya adalah perlengketan usus atau biasa disebut pelengkap usus

Kolik perut biasanya ditandai dengan timbulnya gejala berupa nyeri perut intermiten akibat infeksi lambung. Selain terapi obat, kolik juga dapat diobati dengan kombinasi obat pereda nyeri dan pengobatan non-obat. Tindakan non-farmakologis meliputi kompres hangat dan tekanan jari yang menenangkan.

Tujuan, Untuk mengetahui efektifitas pemberian kompres hangat dan tehnik rekasasi genggam pada pasien colic abdomen dengan diagnosa nyeri akut.

Metode: Observasi deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Subyek dalam penelitian ini yaitu 5 pasien dengan colic abdomen, Usia di atas 12 tahun, Penderita kolik perut dengan skala nyeri ringan (1-3) sampai skala nyeri sedang (4-6), d) Tekanan darah dalam batas normal, Kesadaran composmentis dan pasien bersedia untuk menjadi responden Terapi dilakukan sebanyak 2 kali. Studi kasus ini dilakukan di ruang IGD RSI Banjarnegara pada bulan Februari sampai dengan bulan Maret 2024.

Hasil, Studi kasus ini didapatkan kelima pasien mengalami penurunan skala nyeri setelah mendapat tindakan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari.

Kesimpulan, Terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari efektif untuk penurunan skala nyeri.

Kata Kunci:

Kolic abdomen, Penurunan nyeri, Terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari

¹⁾ Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong

²⁾ Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong

Nurse Professional Education Study Program Professional Program
Faculty of Health Sciences
Gombong Muhammadiyah University
KIAN, April 2024
Kinwati1) Podo Yuwono2)
kinwatisaja@gmail.com

ABSTRACT

NURSING CARE FOR ABDOMENAL COLIC PATIENTS WITH THE MAIN NURSING PROBLEM OF ACUTE PAIN AT THE EMERGENCY INSTALLATION OF RSI BANJARNEGARA

Background, Stomach Colic is defined as pain in the stomach that comes and goes and originates from the stomach or part of the stomach and is caused by inflammation of the stomach organs. There are many other causes of colic, one of which is intestinal adhesions or what is usually called. intestinal complement.

Stomach colic is usually characterized by the appearance of symptoms in the form of intermittent abdominal pain due to stomach infection. In addition to drug therapy, colic can also be treated with a combination of pain relievers and non-drug treatments. Non-pharmacological measures include warm compresses and soothing finger pressure.

Objective: To determine the effectiveness of administering warm compresses and handheld restorative techniques to abdominal colic patients diagnosed with acute pain.

Method: Descriptive observation with a case study approach. The subjects in this study were 5 patients with abdominal colic, aged over 12 years, sufferers of abdominal colic with a mild pain scale (1-3) to a moderate pain scale (4-6), d) Blood pressure within normal limits, composmentis awareness and The patient is willing to be a respondent. Therapy is carried out 2 times. This case study was carried out in the emergency room at RSI Banjarnegara from February to April 2024.

The results of this case study showed that all five patients experienced a decrease in the pain scale after receiving warm compress therapy and finger grip relaxation.

Conclusion: Warm compress therapy and finger grip relaxation are effective for reducing the pain scale.

Keywords:

abdominal colic, reducing pain, Warm compress therapy and finger grip relaxation,

-
- 1) Gombong Muhammadiyah University students
 - 2) Lecturer at Gombong Muhammadiyah University

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALMAAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Penelitian	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Colic Abdomen	7
1) Definisi	7
2) Etiologi	7
3) Manifestasi klinis	12
4) Fisiologi	13
5) Pathway	14
6) Pemeriksaan penunjang	15
7) Pengobatan.....	15
B. Konsep Dasar Nyeri	16
1) Pengertian	16
2) Klasifikasi Nyeri	16

3) Pereda Nyeri	17
C. Konsep Dasar Masalah Pengobatan Nyeri Akut	19
D. Penatalaksanaan Nyeri Akut	22
E. Konsep Keperawatan dalam Penatalaksanaan Sakit Perut Akut	23
F. Konsep Teoritis Kompres Hangat.....	32
G. Konsep Relaksasi Genggaman Jari	34
H. Kerangka Konsep	36
BAB III METODE	37
A. Desain Karya Tulis	37
B. Subyek Studi Kasus	37
C. Lokasi dan Waktu.....	38
D. Definisi Operasional.....	38
E. Instrumen Studi Kasus	39
F. Tahapan Pengumpulan Data	39
G. Etika Studi Kasus	41
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	43
1. Hasil Studi Kasus.....	43
A. Gambaran Lokasi Studi Kasus.....	43
1) Gambaran Umum	43
2) Visi dan Misi Rumah Sakit Islam Banjarnegara	44
3) Motto	44
4) Sepuluh Budaya Rumah Sakit Islam Banjarnegara	44
5) Alur Pelayanan IGD Rumah Sakit Islam Banjarnegara	45
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan	46
C. Hasil Penerapan Tindakan Keperawatan	61
11. Pembahasan	64
A. Analisis Karakteristik Pasien	64
B. Analisis Pengkajian Keperawatan	67
C. Analisis Masalah Keperawatan Utama	69
D. Analisis Rencana Tindakan Keperawatan	71
E. Analisis Implementasi Keperawatan	72

F. Analisis Evaluasi Keperawatan	76
G. Keterbatasan Studi Kasus	77
BAB V PENUTUP.....	79
A. Kesimpulan	79
B. Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Keperawatan

Gambar 2.2 Kerangka Konsep



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Jadwal Penelitian

Lampiran 2 Hasil Uji Plagiarism

Lampiran 3 Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 4 Persetujuan Menjadi Responden (Informed consent)

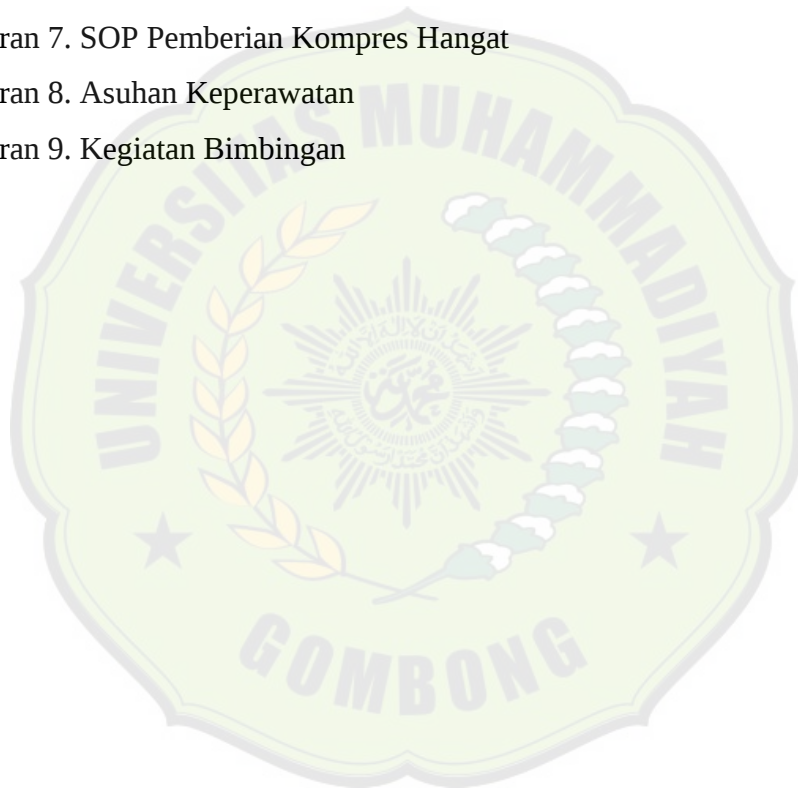
Lampiran 5. Lembar Observasi

Lampiran 6. SOP Pemberian Terapi Teknik Genggam Jari

Lampiran 7. SOP Pemberian Kompres Hangat

Lampiran 8. Asuhan Keperawatan

Lampiran 9. Kegiatan Bimbingan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Colic perut diartikan sebagai sakit di lambung datang pergi dan berasal oleh lambung atau bagian perut dan disebabkan oleh peradangan pada organ perut. Masih banyak lagi penyebab terjadinya kolik, salah satunya adalah perlengketan usus atau biasa disebut. pelengkap usus (Mannana dkk, 2021).

Definisi lain menjelaskan bahwa kolik perut atau sakit perut adalah sakit perut yang datang dan pergi. Dan berasal dari organ perut. Latar belakangnya adalah peradangan pada organ lambung (buang air besar, peradangan empedu serta batu ginjal). Penyembuhan yang akan dilaksanakan yaitu nyeri serta alasan penting berfungsinya bagian tersebut. Jika penginfeksi berasal dari kandung kemih dan kandung empedu, maka tindakan yang bisa dilakukan adalah mengangkat kandung empedu tersebut (Kristina, 2020).

Insiden kolik bervariasi dari satu negara ke negara lain. Lokasi geografis dan etnis memainkan peran besar dalam prevalensi kolik. Kolik perut terjadi pada sekitar 15 hingga 40 persen pasien di seluruh dunia. Setiap tahunnya, penyakit ini menyerang 25% populasi dunia. Prevalensi kolik di Asia akan mencapai 8-30% pada tahun 2023. Kolik perut di Indonesia mencapai 40.85 persen dari seluruh warga Indonesia dengan jumlah seratus lima puluh juta jiwa menderita kolik perut (WHO, 2023).

Berdasarkan hasil survei Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, jumlah penderita kolik lambung di Indonesia ternyata sangat tinggi, yaitu sekitar 91,6%. Makanan pedas seperti cabai, jambu biji, kacang-kacangan dan makanan yang mengandung biji-bijian menjadi penyebab utama terjadinya kolik.

Insiden kolik pada rentan usia lima puluh lima tahun sampai dengan enam puluh empat tahun atau sekitar 1.3 persen menurun pada usia enam puluh lima tahun sampai dengan tujuh puluh lima tahun atau 1.2 persen dan

kelompok usia 18 tahun ke atas ≥ 75 (1,1%). setidaknya sebulan sekali (42%) (Cervellin et al., 2016). Berdasarkan jenis kelamin, laki-laki lebih banyak (68,4%) dibandingkan perempuan (31,6%).Kelompok umur yang terbanyak adalah 10-19 tahun (24,5%).Mayoritas pasien kolik perut (63,5%) mendapat perawatan bedah berupa laparotomi eksplorasi dan operasi usus buntu. Lama menginap terlama adalah 4 sampai 7 hari (45,9%).Frekuensi kolik pada pasien yang berhubungan dengan gangguan buang air besar sebagian dipengaruhi oleh faktor seperti usia dan jenis kelamin (Shrestha dan Adhikari, 2020).

Fenomena di RSI Banjarnegara, kolik abdomen pada bulan Oktober sampai Desember 2023 ditemukan 119 pasien dan masuk dalam 10 besar penyakit kegawat daruratan yang ditangani. Dan kolik perut menduduki peringkat yang ke 5 (Laporan Bulanan RSI Banjarnegara, 2023).

Kolik lambung disebabkan oleh sembelit yang tidak dapat diobati. Gejala klinis kolik antara lain kram perut, kembung, muntah, dan sakit perut. Belakangan ini, frekuensi kolik lambung meningkat secara signifikan. Kolik lambung terjadi akibat pola hidup tidak sehat yang berdampak pada kesehatan tubuh (Bachrudin dan Najib, 2016).

Kolik perut biasanya ditandai dengan timbulnya gejala berupa nyeri perut intermiten akibat infeksi lambung. Nyeri adalah sensasi yang menyebabkan ketidaknyamanan sensorik dan emosional pada pasien, yang mungkin ditandai dengan kerusakan jaringan atau tidak (Sofiyah,L.et al.2019).

Menurut hierarki Maslow, rasa sakit merupakan bagian dari kebutuhan akan rasa aman dan nyaman.(Dova Mariana 1, 2021). Kondisi tersebut sesuai dengan penelitian Darsin (2019) terhadap 30 responden yang mengalami gejala kolik.Hasil penelitian menunjukkan rata-rata 86,7% responden mengalami nyeri sedang dan 13,3% mengalami nyeri ringan.

Kondisi nyeri pada pasien kolik seringkali disertai dengan fluktuasi denyut jantung akibat nyeri yang tidak tertahankan, kurang konsentrasi terhadap keadaan sekitar, karena fokus hanya pada nyeri yang dirasakan, dan

penurunan kualitas hidup akibat yang dirasakan. tidak nyaman Nyeri muncul sebagai akibat dari reaksi psikologis dan refleks fisik yang mempengaruhi hubungan pribadi dan tujuan hidup. Oleh karena itu diperlukan pengobatan yang tepat yaitu pereda nyeri. Intervensi keperawatan dalam manajemen nyeri dianggap sangat efektif dalam mengatasi masalah nyeri, termasuk mengidentifikasi lokasi, karakteristik, dan tingkat keparahan nyeri, memberikan teknik non-medis, meningkatkan kualitas tidur, dan menghilangkan nyeri. Dan bekerjasama dalam pemberian obat pereda nyeri (Lerman, 2018).

Perawat mempunyai peranan penting dalam menyelesaikan masalah keperawatan nyeri perut dengan memberikan prosedur keperawatan yang tepat dan komprehensif, dimulai dari pengkajian, pelaksanaan diagnosa keperawatan, intervensi, pelaksanaan dan evaluasi hasil pekerjaan keperawatan yang dilakukan (Aini, 2018).

Tergantung pada masalah pengobatan pasien, pereda nyeri adalah perawatan yang tepat. Diketahui bahwa ada dua jenis penanganan nyeri: terapi obat dan terapi non-obat. Pengobatan nyeri obat dapat digunakan bersama dengan dokter Anda sebagai bagian dari pengobatan nyeri Anda, dan tujuannya adalah untuk mencegah penularan nyeri. Stimulasi yang menghasilkan perubahan persepsi dengan mengurangi nyeri kortikal. Selain terapi obat, kolik juga dapat diobati dengan kombinasi obat pereda nyeri dan pengobatan non-obat. Tindakan non-farmakologis meliputi kompres hangat dan tekanan jari yang menenangkan. Perawatan kompresi hangat adalah prosedur pemberian cairan hangat untuk menghilangkan rasa sakit, mencegah kejang otot, dan melancarkan sirkulasi darah (Tim Kelompok Kerja SIKI DPP PPNI, 2017)

Teknik meremas jari merupakan cara mudah untuk mengontrol emosi dan meningkatkan kecerdasan emosional. Emosi seperti gelombang energi yang mengalir melalui tubuh, pikiran, dan jiwa Anda. Ketika Anda mengalami terlalu banyak emosi, aliran energi dalam tubuh Anda menjadi terhambat atau terhambat sehingga menimbulkan rasa sakit dan penyumbatan.

Rephrase di dekat jari kita terdapat saluran energi atau meridian yang menghubungkan ke berbagai organ dan emosi. Dengan meremas setiap jari sambil menarik napas dalam-dalam, Anda memperlancar aliran energi emosional dan emosional, berkontribusi pada pelepasan dan penyembuhan fisik (Atun Laudtur Marifa, 2017).

Berdasarkan penelitian Darsin (2019), penggunaan kompres hangat telah terbukti efektif dalam mengurangi nyeri. Pemberian kompres hangat secara signifikan dapat mengurangi atau menyembuhkan nyeri pada penderita kolik perut. Hal ini dibuktikan dengan penurunan skala nyeri pada 30 pasien kolik abdominal. Pada penelitian ini, pasien dengan nyeri sedang hingga berat mengalami penurunan skala nyeri antara 5 dan 6 (Darsini, 2019).

Kompres hangat secara fisiologis meningkatkan relaksasi otot dan mengurangi nyeri dengan memberikan sensasi hangat lokal pada area yang nyeri. Air hangat bertekanan $40,5^{\circ}\text{C} - 46^{\circ}\text{C}$ yang ditempatkan pada kandung kemih lebih dari separuh kandung kemih dapat memindahkan panas dari kandung kemih ke tubuh sehingga melebarkan pembuluh darah dan menurunkan ketegangan otot sehingga nyeri berkurang (Susanti et al., 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Windartik (2017) dan Sofiyah (2014) mengenai pengaruh teknik relaksasi finger grip terhadap derajat perubahan nyeri pada pasien SC menemukan bahwa teknik relaksasi (finger grip) efektif dalam menurunkan intensitas nyeri. Nyeri pada pasien SC. Teknik relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen nonnosiseptor. Serabut saraf aferen nonnosiseptor menyebabkan hilus talamus menutup sehingga menghambat rangsangan kortikal dan mengurangi nyeri (Pinandita, 2016).

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan studi kasus dengan topik “Keperawatan Latar Belakang Masalah Nyeri Akut Pada Pasien dengan Kolik Abdominal di IGD RSI Banjarnegara”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana pengkajian keperawatan masalah utama nyeri perut akut pada pasien kolik abdominal di IGD RSI Banjarnegara?.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menganalisis asuhan keperawatan dengan menggunakan kompres hangat dan terapi relaksasi finger hold untuk mengurangi nyeri pada pasien kolik abdominal.

2. Tujuan Khusus

- a) Menyajikan hasil analisa pengkajian pasien kolik abdominal di IGD RSI Banjarnegara
- b) Menyajikan diagnosa keperawatan pasien kolik abdominal di IGD RSI Banjarnegara
- c) Menyajikan hasil analisis rencana perawatan pasien kolik perut di IGD RSI Banjarnegara
- d) Menyajikan hasil analisis pelaksanaan pekerjaan keperawatan pasien kolik perut di IGD RSI Banjarnegara
- e) Menyajikan hasilnya dari analisis pengkajian keperawatan pasien kolik di IGD RSI Banjarnegara.
- f) Menyajikan hasil analisis inovasi keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan utama nyeri akut kolik abdomen dengan metode kompres hangat dan relaksasi genggam jari

D. Manfaat

1) Manfaat Ilmiah

Karya ilmiah akhir ners digunakan dalam sumber informasi untuk tenaga kesehatan di bidang ilmu keperawatan.

2) Manfaat Terapan

a) Penulis

Menambah ilmu dan menerapkan ilmu melalui studi kasus industri

pada pengobatan pasien kolik abdominal di RSI Banjarnegara

b) Rumah Sakit

Menambah ilmu baru dan menambah ilmu kepada tenaga kesehatan yaitu perawat dengan cara memberikan . membantu pasien dengan kolik perut.

c) Pasien dan Keluarga

Pelajari lebih lanjut cara mengatasi kolik dengan nyeri akut seperti permasalahan di bawah ini.



DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni,D.M & Saryono. (2020). Metodologi Laporan tugas akhir Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Bahrudin, M. 2018. Patofisiologi Nyeri (Pain). Sainika Medika, 13(1), 7–13.
<https://doi.org/10.22219/sm.v13i1.5449>
- Boediarso A. Sakit perut pada anak. Dalam: Juffrie M, Soenarto SSY, Oswari H, Arief S, Rosalina I, Mulyani NS, penyunting. Buku ajar gastroenterology hepatologi jilid 1. Edisi ke-3. Jakarta: Badan Penerbit IDAI; 2018. Hlm. 149- 65.
- Damayanti, Virna. 2022. Asuhan Keperawatan Pada Ny. L Dengan Kolik Abdomen Di Ruang UGD Puskesmas Tanggul Jember. Universitas Muhammadiyah Jember
- Frilasari heni, dkk, 2020. Penerapan Teknik Relaksasi Progresif Terhadap Derajat Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif.15 juni 2022.
- Haswita, dan Reni Sulistyowati. (2017) Kebutuhan Dasar Manusia untuk Mahasiswa Keperawatan dan Kebidanan. Jakarta: CV. Trans Media
- Hermayudi.A, & Ariani. (2020). Penyakit Daerah Tropis. Yogyakarta: Nuha Medika
- Jannah, Nurul. 2020. Askeb II Persalinan Berbasis Kompetensi. Jakarta: EGC.
- Junaria. Appa. 2017. Ny. L dengan gangguan sistem disgestiv di RSUD Kota Gorontalo tahun 2017. Politeknik Kesehatan KDI
- Kemenkes. 2018. Profil Kesehatan Indonesia. <https://pusdatin.kemkes.go.id/>

resources/ download /pusdatin/profil kesehatan-indonesia/profil_kesehatan_2018_1.pdf Diakses pada tanggal 27 April 2022

Krisanty Paula, et al. (2016). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta:Trans Info Media.

Loretz, L 2022. Primary Care Tools For Clinicians : A Compendium of Forms, Questionnaires, and Rating Scales For Everyday Practice: Elsevier Mosby. 15 juni 2022.

Notoatmodjo . 2012. Metode Laporan tugas akhir Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta

Nurbadriyah W.D, 2020. Asuhan Keperawatan Obstipasi Dengan Pendekatan 3S (SDKI, SLKI Dan SIKI). Batu: Literasi Nusantara

Nurfazriah Indah, dkk 2022. Pengaruh Terapi Relaksasi Akupresur (Genggam Jari) Terhadap Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif.

Nursalam. (2015). Metodologi ilmu keperawatan, edisi 4, Jakarta: Salemba Medika.

Potter, A & Perry, A 2018, Buku ajar fundamental keperawatan; konsep, proses, dan praktik, vol.2, edisi keempat, EGC, Jakarta.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) (2018). Badan Laporan tugas akhir dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpo_p_2018/Hasil%20Riskesmas%202018.pdf – Diakses April 2022.

Sandika D. Janitra FE, Hubungan napas dalam Dengan Penurunan Vaskularisasi Perifer Pada Pasien *colic abdomen*. Keperawatan dan Pemikiran Ilmiah.

2018;4(3):18-22.

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). (2016). Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). (2018). Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). (2018). Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

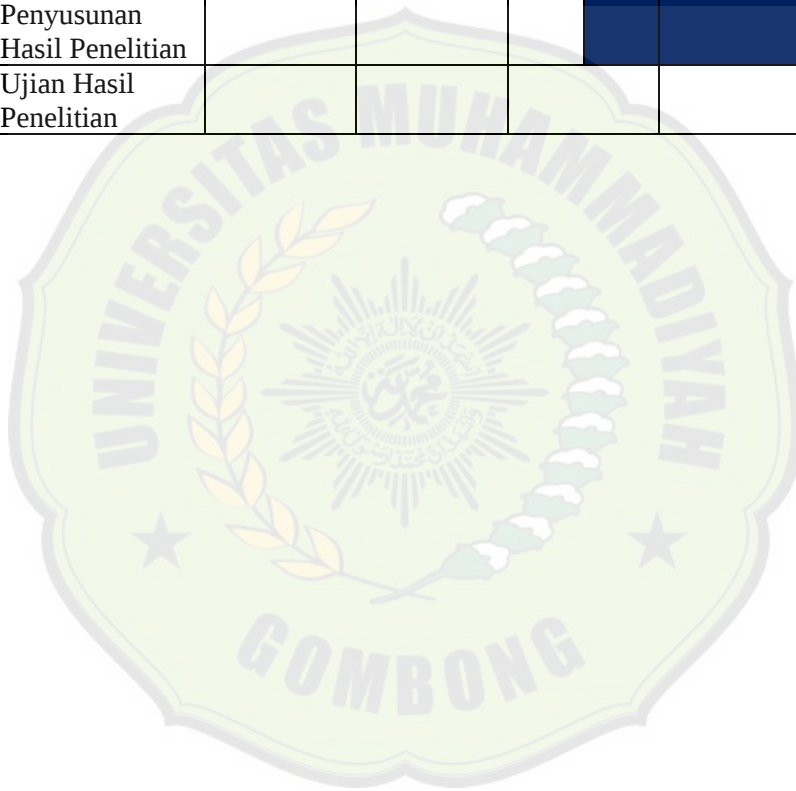
Sugianti Tuning, dkk, 2019, Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I, 8 februari 2022.

Wahyudi, Andri Setiya dan Abd. Wahid. (2016). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Mitra Wacana Media. *Colic Abdomen: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on colic abdomen*; 2020.

Lampiran 1

Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Januari	Februari	Maret	April	Mei
1.	Penentuan tema					
2.	Penyusunan Proposal					
3.	Ujian Proposal					
4.	Pengambilan Data Hasil Penelitian					
5.	Penyusunan Hasil Penelitian					
6.	Ujian Hasil Penelitian					





UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
PERPUSTAKAAN

Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp./Fax. (0287) 472433 GOMBONG, 54412

Website : <https://library.unimugo.ac.id/>

E-mail : lib.unimugo@gmail.com

SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sawiji, M.Sc

NIK : 96009

Jabatan : Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi: Judul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN COLIC ABDOMEN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSI
BANJARNEGARA**

Nama : Kinwati

NIM : 202303143

Program Studi : Profesi Ners

Hasil Cek : 23 %

Gombong, 15 Mei 2024

Pustakawan

(Aulia Rahmahyanti U.)

Mengetahui,
Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT



(Sawiji, M.Sc)

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth:

Di RSI Banjarnegara

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Kinwati

NIM : 202303143

Alamat: JL. Yos Sudarso Barat Gombong (Universitas Muhammadiyah Gombong) Adalah mahasiswa program profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong, akan melakukan studi kasus tentang “ Asuhan Keperawatan Pada Pasien Colic Abdomen Dengan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut Di Instalasi Gawat Darurat RSI Banjarnegara”. Untuk itu saya mohon kesediaan saudara untuk berpartisipasi menjadi responden dalam studi kasus ini dengan hadir dalam mengisi daftar pertanyaan yang telah saya sediakan. Apabila saudara bersedia menjadi responden, maka saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah tersedia. Atas bantuan dan kerjasamanya saya ucapkan terimakasih.

Banjarnegara, Januari 2024

Peneliti

(.....)

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*INFORMED CONSENT*)

Setelah membaca dan memahami penjelasan penelitian serta informasi yang diberikan oleh peneliti serta mengetahui tujuan dan manfaat studi kasus, maka dengan ini saya secara sukarela bersedia untuk ikut serta atau berpartisipasi sebagai responden dalam studi kasus yang akan dilakukan oleh:

Nama : Kinwati

NIM : 202303143

Judul : “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Colic Abdomen Dengan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut Di Instalasi Gawat Darurat RSI Banjarnegara”

Nama (initial) :

Alamat :

Jenis Kelamin :

Usia :Tahun

Pendidikan :

Pekerjaan :

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dengan penuh kesadaran tanpa paksaan dari siapapun.

Banjarnegara, Januari 2024

**LEMBAR OBSERVASI PENGARUH PENERAPAN TINDAKAN
KOMPRES HANGAT DAN RELAKSASI GENGAM JARI (*FINGER
HOLD*) TERHADAP SKALA PADA PASIEN COLIC ABDOMEN**

1. Nama : (Inisial)

2. Umur :

3. Alamat :

Petunjuk :

Berilah tanda silang (x) pada skala yang sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan.

Hari/ Tanggal	Tindakan ke-	Skala Nyeri	
		Sebelum Tindakan	Sesudah Tindakan

	SOP PEMBERIAN TERAPI TEKNIK GENGAM JARI
Pengertian	Teknik mengenggam jari merupakan bagian dari teknik Jin Shin Jyutsu. Jin Shin Jyutsu adalah akupresur Jepang. Bentuk seni yang menggunakan sentuhan sederhana tangan dan pernafasan untuk menyeimbangkan energi didalam tubuh. Tangan (jari dan telapak tangan) adalah alat bantuan sederhana dan ampuh untuk menyelaraskan dan membawa tubuh menjadi seimbang (Ramadina et al., 2016).
Tujuan	1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas 2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam 3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh 4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi 5. Melancarkan aliran dalam darah
Kebijakan	Semua pasien yang mengalami nyeri dapat melakukan teknik relaksasi genggam jari
Prosedur	Teknik relaksasi genggam jari dilakukan dengan cara mengenggam kelima jari satu persatu dimulai dari ibu jari hingga jari kelingking selama sekitar 2-3 menit. Pelaksanaan Teknik Relaksasi Genggam Jari : 1) Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman 2) Siapkan lingkungan yang tenang 3) Kontrak waktu dan jelaskan tujuan 4) Perawat meminta pasien untuk merilekskan pikiran kemudian motivasi pasien dan perawat mencatatnya sehingga catatan tersebut dapat digunakan 5) Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari 6) Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi, bantu pasien keposisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta

	pasien untuk bersikap tenang 7) Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata 8) Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja 9) Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut 10) Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur 11) Anjurkan pasien menarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan 12) Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran 13) Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik relaksasi genggam jari 14) Dokumentasi respon pasien
Referensi	Maiseptyasari Ruri, dkk, 2021. Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Persalinan Sesar Di Ruang Kebidanan RSUD Kepahing, 11 februari 2022.

SOP PEMBERIAN KOMPRES HANGAT

SOP	Standar Operasional Porsedur (SOP) / Protap Pemberian Kompres Hangat
Definisi	Memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan
Tujuan	- Memperlancar sirkulasi darah - Menurunkan suhu tubuh - Mengurangi rasa sakit - Memberikan rasa hangat, nyaman dan tenang pada klien
Prosedur	- Air panas dalam baskom - Waslap - Perlak dan pengalas - Thermometer
Langkah-langkah	- Mendekatkan peralatan disamping pasien - Megukur suhu tubuh pasien - Mencuci tangan - Memberitahukan pasien dan keluarga - Memasang perlak dan pengalas pada tempat yang akan dikompres - Waslap dibatasi dengan air hangat dan diletakkan pada tempat dikompres - Mengobservasi repon pasien dan mengukur suhu tubuh - Mencatat kegiatan dan respon pasien ke dalam catatan perawatan - Mencuci tangan
Dokumen Terkait	- Rawat inap - Rawat jalan - Ponek - IGD - Rawat Intensif
Referensi	Rosyada Amalia A, dkk. 2020. Efektivitas Kompres Air Hangat dan Air Dingin terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Remaja Putri dengan Dismenore. Jurnal Kebidanan Malakbi.

PASIEN 1**FORM PENGKAJIAN TRIASE**

Emergency Nursing Department | Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Tanggal 12-02-2024 Jam 08.30 WIB

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma
Cara Masuk : ☒ Sendiri ☐ Rujukan

No RM : 00xxxx
Nama : Ny.M
Tanggal Lahir : 21-08-1998
Jenis Kelamin : perempuan

PRE-HOSPITAL (jika ada)

Keadaan Pre Hospital : AVPU : TD : 121/97 mmHg Nadi : 92 x/m
Pernafasan : 18 x/menit Suhu : 36,7°C SpO₂ 98 %
Tindakan Pre Hospital : IVFD RL 20 tpm
Obat inj.Ranitidin 2x1 amp
Inj.ketorolac 2x30mg

A

☐ obstruksi Jalan Nafas
☐ tridor, Gargling, Snoring

☐ obstruksi Jalan Nafas
☐ tridor, Gargling, Snoring

☒ Jalan Nafas Paten

B

☐ SpO₂ < 80%
☐ RR >30 x/m atau <14 x/m

☐ SpO₂ 80 – 94 %
☐ RR 26 – 30 x/m

☒ SpO₂ > 94 %
☒ RR 14 – 26 x/m

C

☐ Nadi > 130 x/m
☐ TD Sistolik < 80 mmHg

☐ Nadi 121 – 130 x/m
☐ TD Sistolik 80 – 90 mmHg

☒ Nadi 60 – 120 x/m
☒ TD Sistolik > 90 mmHg

D

☐ GCS ≤ 8

☐ GCS 9 – 13

☒ GCS 14 – 15

E

☐ Suhu > 40°C atau < 36°C
☐ VAS = 7 – 10 (berat)
☐ KG : mengancam nyawa

☐ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
☒ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
☐ VAS = 4 – 6 (sedang)
☐ KG : resiko tinggi

☒ Suhu 36,5 – 37,5°C
☐ Suhu 36,5 – 37,5°C
☐ VAS = 1 – 3 (ringan)
☐ EKG : resiko rendah-normal

TRIASE



HIJAU

Petugas Triase

CATATAN :

(Kinwati)



FORM PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 12-02-2024... Jam ...08.30.....

No RM : 000xxx

Nama : Ny.M

Tanggal Lahir : 21-08-1998

Jenis Kelamin : perempuan

Keluhan Utama : nyeri perut menjalar keulu hati

Anamnesa : pasien mengeluh nyeri perut menjalar keulu hati

Dan lemes,pasien mengatakan 1 bulan yang lalu

Pernah dirawat diRSI Banjarnegara dengan keluhan yang sama

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada,

Riwayat Penyakit Dahulu : Tidak ada

Riwayat Penyakit Keluarga : Tidak ada

Airways

P ☒ n Tid ☐ Paten (Snori ☐ Gargli ☐ Stridor ☐ Benda A ☐ ng) Lain-lain

Breathing

Inama Nafas Te ☒ ur Tida ☐ eratur
Svara Nafas Ve ☒ uler Bron ☐ ovesikuler Wheez ☐ g Ronchi ☐
Pola Nafas Ap ☐ l Dys ☐ a Bradipr ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea ☐
Penggunaan Otot Bantu Nafas Retra ☐ Dada Cuping ☐ lung
Jenis Nafas Per ☐ asan Dada Pernafas ☐ Perut
Frekuensi Nafas20..... x/menit

Circulation

Akral : Hangat ☒ Dingin ☐ Pucat : Ya ☐ Tidak ☐
Sianosis : Ya ☐ Tidak ☒ CRT : <2 detik ☒ >2 detik ☐
Tekanan Darah : 108/78 mmHg Nadi : Teraba ☒65.. x/m Tidak Teraba ☐
Perdarahan : Ya ☐ cc Lokasi Perdarahan : Tidak ☐
Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan
Kelembaban Kulit : Lembab ☐ Kering ☒
Turgor : Baik ☐ Kurang ☒
Luka Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine : cc
Resiko Dekubitus : Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut ☐

PRIMARY SURVEY

DisabilityTingkat Kesadaran : Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somno ☐ Sopor ☐ Coma ☐

Nilai GCS : E V saM Total :

Pupil : Isokhor ☒ Miosis ☐ Midriasis ☐ Diameter 1mm ☐ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm ☐Respon Cahaya : + ☒ - ☐ 5 | 5Penilaian Ekstremitas : Sensorik Ya ☒ Tidak ☐ kekuatan ☐

Pengkajian Nyeri : Nyeri perut menjalar keulu hati

Onset : Sejak jam 4.25

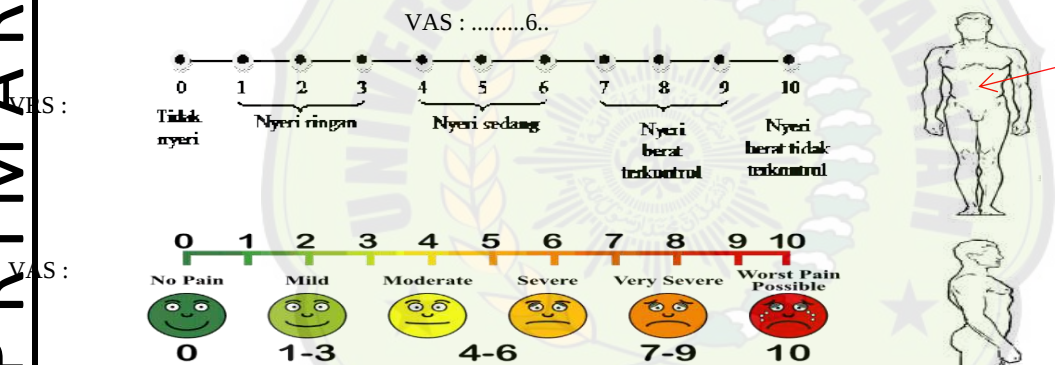
Provokatif/Paliatif : Agen injury fisiologi

Qualitas : Seperti diiris

Regio/Radiation : Perut

Scale/Severity : 6

Time : Hilang timbul

Apakah ada nyeri : Ya, ☒ skor nyeri VRS :6..... Tidak ☐ Lokasi NyeriLuka : Ya ☐ Lokasi Tidak ☐Resiko Dekubitus : Ya ☐ Tidak ☐ (arsir sesuai lokasi nyeri)**Fahrenheit**

Suhu Axila : 36,7 °C Suhu Rectal :°C

Berat Badan : 55 kg

Pemeriksaan Penunjang

EKG :

GDA :

Radiologi :

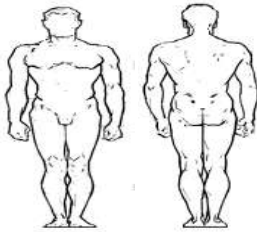
Laboratorium (tanggal: 12-02-24)

Item	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
H Hemoglobin	12.5	11.7-15.5	Normal
	8,1	3.6-11.0	
Hematokrit	45	35-47	

Item	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
HbsAg	Negatif		
gds	121		

Eritrosit	4.3	3.80-5.20	
Trombosit	375	150-400	

PEMERIKSAAN FISIK



Kepala : Rambut hitam, bersih dan tidak rontok, tidak ada nyeri tekan

Muka : Bentuk muka oval, simetris

Mata : Simetris, sklera tidak ikterik, penglihatan normal

Hidung : Tidak ada polip, tidak ada sekret, fungsi penghidu baik

Mulut : Gigi bersih, tidak ada karies gigi, tidak memakai gigi palsu, gusi tidak ada Peradangan, lidah bersih, bibir kering

Telinga : Canalis bersih, pendengaran baik,

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada nyeri tekan

Dada : 1. Paru-paru :

I : Simetris, Rr 18x/mnt, pola nafas reguler, bunyi vesikuler,

Tidak ada sesak nafas

P : Vocal fremitus antara kanan kiri simetris, tidak ada nyeri tekan

A : Suara vesikuler, tidak ada rokh dan wheezing

P : Suara paru sonar padaparu kanan dan kiri

2. Jantung :

I : Lokasi lotus di gic mid clavikula dan denyut jantung nampak

P : Teraba denyut jantung dengan gerakan

P : Di sic5 mid axial dari lateral ke media bunyinya sonar

A : S1=S2 murni reguler, bunyi jantung normal, tidak ada mur-mur

Dan gallop

Perut :

I : Abdomen simetris, datar tidak ada luka

A : Peristaltik 16x/menit

P : Adanya nyeri di kuadran kanan bawah

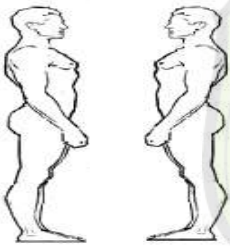
P : Suara hipertimpani

Ekstremitas : (atas) : Simetris, tidak ada odema atau lesi, tidak ada nyeri tekan

(bawah) : Kaki kanan dan kiri simetris tidak kelainan

Genitalia : Tidak ada kelainan

Kulit : Warna kulit kuning kecoklatan



PROGRAM TERAPI

Tanggal/Jam : 12-02-2024

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI
1	Ranitidin	2x50 mg	Menurunkan sekresi asam lambung berlebih
2.	Ketorolac	2x30mg	Mengurangi rasa sakit(sebagai analgetik)

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
1	DS : Klien mengatakan nyeri perut P : Agen injury fisiologi Q : Tertusuk R : Perut S : 6 T : Hilang timbul DO : Klien tampak meringis menahan sakit TD : 121/97 mmHg S : 3,7 0C N : 92 x/mnt Rr : 18 x/mnt	Nyeri akut	Agen Pencedera fisiologis

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b/d Agen Pencedera fisiologis

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa keperawatan	Kode SLKI	SLKI	Kode SIKI	SIKI																																										
1	Nyeri akut (D.0077)	L.08066	A. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: <table data-bbox="544 536 1592 1209"> <tr> <td>Kriteria hasil</td><td>Meningkat</td><td>Cukup meningkat</td><td>Sedang</td><td>Cukup menurun</td><td>Menurun</td></tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Sikap protektif</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> </table> <table data-bbox="544 951 1592 1209"> <tr> <td>Kriteria hasil</td><td>Memburuk</td><td>Cukup memburuk</td><td>Sedan</td><td>Cukup membaik</td><td>Membaik</td></tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Pola nafas</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> </table>	Kriteria hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Keluhan nyeri	1	2	3	(4)	5	Meringis	1	2	3	(4)	5	Sikap protektif	1	2	3	(4)	5	Kriteria hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedan	Cukup membaik	Membaik	Frekuensi nadi	1	2	3	(4)	5	Pola nafas	1	2	3	(4)	5	I.12452	a.Manajemen Nyeri Tindakan Observasi 1)Identifikasi skala nyeri 2)Identifikasi respon nyeri non verbal 3)lakukan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari (<i>finger hold</i>) 4)Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 5)Anjurkan memonitor nyri secara mandiri
Kriteria hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																																										
Keluhan nyeri	1	2	3	(4)	5																																										
Meringis	1	2	3	(4)	5																																										
Sikap protektif	1	2	3	(4)	5																																										
Kriteria hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedan	Cukup membaik	Membaik																																										
Frekuensi nadi	1	2	3	(4)	5																																										
Pola nafas	1	2	3	(4)	5																																										

			B. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka kontrol nyeri meningkat, dengan kriteria hasil: <table><tr><td>Kriteria hasil</td><td>Menurun</td><td>Cukup menurun</td><td>Sedan</td><td>Cukup meningkat</td><td>Meningkat</td></tr><tr><td>Melaporkan nyeri terkontrol</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr><tr><td>Kemampuan mengenali onset nyeri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr></table>						Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedan	Cukup meningkat	Meningkat	Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	(4)	5	Kemampuan mengenali onset nyeri	1	2	3	(4)	5		6)Anjurkan untuk melakukan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari jika mengalami nyeri perut lagi Kolaborasi 7)Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedan	Cukup meningkat	Meningkat																							
Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	(4)	5																							
Kemampuan mengenali onset nyeri	1	2	3	(4)	5																							

IMPLEMENTASI

No Dx	Tanggal/ Jam	Tindakan	Respon	TTD
1	12-02-2024 08.30 11.45	–Mengidentifikasi skala nyeri –Memberikan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari mengurangi rasa nyeri –Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri –Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri –Mengkolaborasi pemberian obat analgetik inj Ketorolac 30mg dan inj ranitidin 50 mg	–Skala 6 –Melatih nafas dalam –Lingkungan nyaman –Memonitor nyeri secara mandiri –Injeksi ketorolac 30mg dan inj ranitidin 50 mg masuk	Kin

Tindakan Observasi

Jam	TD (mmHg)	Nadi (kali/menit)	RR (kali/menit)	Suhu (°C)	SpO ₂ (%)	Skala nyeri	Keterangan
08.30	121/97	92	18	36,7	98	6	
09.00	121/81	87	20	36	97	5	
12.00	123/85	80	20	36,8	98	3	

EVALUASI

TGL/JAM	NO DX	EVALUASI	TTD

12-02-2024 Jam 12.00	1	S: pasien mengatakan nyeri perut berkurang, P : Agen injury fisiologi Q : Tertusuk R : Perut S : 3 T : Hilang timbul O :Klien tampak masih meringis menahan sakit TD : 123/85 mmHg S : 36.8 0C N : 80 x/mnt Rr : 20 x/mnt A : Masalah Nyeri akut belum teratasi P : Pertahankan intervensi	Kin
-------------------------	---	--	-----

RENCANA TINDAK LANJUT

Setelah di observasi pasien boleh pulang

Tanggal,12-02-2024

Jam 13.10 WIB

Mengetahui

Pembimbing

Mahasiswa,

.....

(Kinwati)

PASIEN 2**FORM PENGKAJIAN TRIASE**

Emergency Nursing Department | Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Tanggal 15-02-2024 Jam 10.15 WIB

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma
Cara Masuk : ☒ Sendiri ☐ Rujukan

No RM : 00xxxx
Nama : Ny.K
Tanggal Lahir : 13-01-1971
Jenis Kelamin : perempuan

PRE-HOSPITAL (jika ada)

Keadaan Pre Hospital : AVPU : TD : 131/99 mmHg Nadi : 105 x/m
Pernafasan : 23 x/menit Suhu : 38,2°C SpO₂ 99 %
Tindakan Pre Hospital : IVFD RL 20 tpm
Obat inj.Ranitidin 2x1 amp
Inj.ketorolac 2x30mg

A

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☒ Jalan Nafas Paten

B

☐ SpO₂ < 80%
☐ RR >30 x/m atau <14 x/m

☐ SpO₂ 80 – 94 %
☐ RR 26 – 30 x/m

☒ SpO₂ > 94 %
☒ RR 14 – 26 x/m

C

☐ Nadi > 130 x/m
☐ TD Sistolik < 80 mmHg

☐ Nadi 121 – 130 x/m
☐ TD Sistolik 80 – 90 mmHg

☒ Nadi 60 – 120 x/m
☒ TD Sistolik > 90 mmHg

D

☐ GCS ≤ 8

☐ GCS 9 – 13

☒ GCS 14 – 15

E

☐ Suhu > 40°C atau < 36°C
☐ VAS = 7 – 10 (berat)
☐ KG : mengancam nyawa

☐ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
☒ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
☐ VAS = 4 – 6 (sedang)
☐ KG : resiko tinggi

☒ Suhu 36,5 – 37,5°C
☐ Suhu 36,5 – 37,5°C
☐ VAS = 1 – 3 (ringan)
☐ EKG : resiko rendah-normal

TRIASE



HIJAU

Petugas Triase

CATATAN :

(Kinwati)



FORM PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 15-02-2024... Jam ...10.15.....

No RM : 000xxx

Nama : Ny.K

Tanggal Lahir : 15-01-1959

Jenis Kelamin : perempuan

Keluhan Utama : nyeri perut

Anamnesa : pasien mengeluh nyeri perut tembus kebelakang
Dan menjalar keulu hati lemas, dan demam

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada,

Riwayat Penyakit Dahulu : riwayat maag

Riwayat Penyakit Keluarga : Tidak ada

Airways

P ☒ n ☐ Td ☐ Paten (☐ Snor ☐ Gargli ☐ Stridor ☐ Benda A ☐ ng) Lain-lain

Breathing

Irma Nafas ☐ Tel ☒ ur ☐ Tida ☐ eratur
Sara Nafas ☐ Vel ☒ uler ☐ Bron ☐ ovesikuler ☐ Wheez ☐ Ronchi ☐
Pola Nafas ☐ Ap ☐ Dys ☐ a ☐ Bradip ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea ☐
Penggunaan Otot Bantu Nafas ☐ Retra ☐ Dada ☐ Cuping ☐ lung
Jenis Nafas ☐ Pen ☐ fasan Dada ☐ Pernafas ☐ Perut
Frekuensi Nafas20..... x/menit

Circulation

Akral : Hangat ☒ Dingin ☐ Pucat : Ya ☐ Tidak ☐
Stanosis : Ya ☐ Tidak ☒ CRT : <2 detik ☒ >2 detik ☐
Tekanan Darah : 131/99 mmHg Nadi : Teraba ☒105.. x/m Tidak Teraba ☐
Perdarahan : Ya ☐ cc Lokasi Perdarahan : Tidak ☐
Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan
Kelembaban Kulit : Lembab ☐ Kering ☒
Turgor : Baik ☐ Kurang ☒
Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine : cc
Resiko Dekubitus : Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut ☐

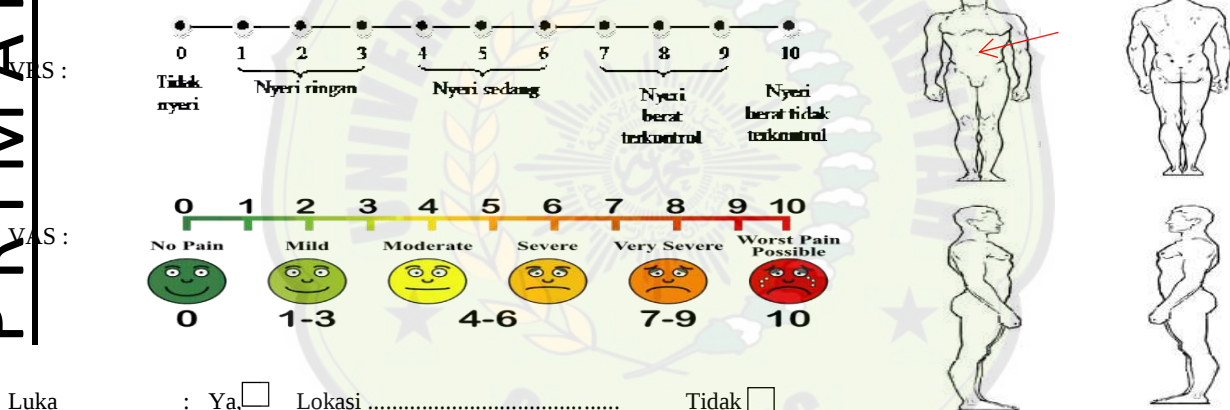
Disability

PRIMARY SURVEY

Tingkat Kesadaran : Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somno ☐ Sopor ☐ Coma ☐
 Nilai GCS : E V saM Total :
 Pupil : Isokhor ☒ Miosis ☐ Midriasis ☐ Diameter 1mm ☐ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm ☐
 Respon Cahaya : + ☒ - ☐ 5 | 5
 Penilaian Ekstremitas : Sensorik Ya ☒ Tidak ☐ kekuatan ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Exposure
 Pengkajian Nyeri : Nyeri perut tembus kebelakang dan menjalar keulu hati
 Onset : tiba-tiba
 Provokatif/Paliatif : Agen injury fisiologi
 Kualitas : Seperti tertusuk
 Regio/Radiation : Perut
 Scale/Severity : 5
 Time : Hilang timbul

Apakah ada nyeri : Ya, ☒ skor nyeri VRS :5..... Tidak ☐
 Lokasi Nyeri



Luka : Ya ☐ Lokasi Tidak ☐
 Resiko Dekubitus : Ya ☐ Tidak ☐ (arsir sesuai lokasi nyeri)

Fahrenheit

Suhu Axila : 38,2 °C Suhu Rectal :°C
 Berat Badan : 61 kg

Pemeriksaan Penunjang

EKG :
 GDA :
 Radiologi :

Laboratorium (tanggal: 15-02-24)

Item	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
H Hemoglobin	12.8	11.7-15.5	Normal
	8,1	3.6-11.0	
Hematokrit	41	35-47	
Eritrosit	4.6	3.80-5.20	

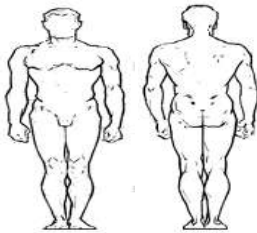
Item	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
HbsAg	Negatif		
gds	112		

Trombosit	238	150-400	
-----------	-----	---------	--

--	--	--	--

PEMERIKSAAN FISIK

SECONDARY SURVEY



Kepala : Rambut hitam,bersih dan tidak rontok,tidak ada nyeri tekan
Muka : Bentuk muka oval,simetris
Mata : Simetris,sklera tidak ikterik,penglihatan normal
Hidung : Tidak ada polip,tidak ada sekret,fungsi penghidu baik
Mulut : Gigi bersih,tidak ada karies gigi,tidak memakai gigi palsu,gusi tidak ada Peradangan,lidah bersih,bibir kering

Telinga : Canalis bersih,pendengaran baik,

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid,tidak ada nyeri tekan

Dada : 1. Paru-paru :

I : Simetris,Rr 18x/mnt,pola nafas reguler,bunyi vesikuler,
Tidak ada sesak nafas

P : Vocal fremitus antara kanan kiri simetris,tidak adanyeri tekan

A : Suara vesikuler,tidak ada rokhi dan wheezing

P : Suara paru sonor padaparu kanan dan kiri

2. Jantung :

I : Lokasi lotus di gic mid clavikula dan denyut jantung nampak

P : Teraba denyut jantung dengan gerakan

P : Di sic5 mid axial dari lateral ke media bunyinya sonor

A : S1=S2murni reguler,bunyi jantung normal,tidak ada mur-mur
Dan gallop

Perut :

I : Abdomen simetris,datar tidakada luka

A : Peristaltik 15x/menit

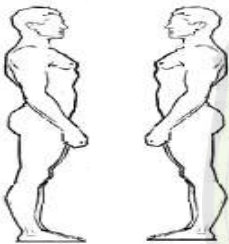
P : Adanyeri di perut dan ulu hati

P : Suara hipertimpani

Ekstremitas :(atas) : Simetris,tidak ada odema atau lesi,tidak ada nyeri tekan
(bawah) : Kaki kanan dan kiri simetris tidak kelainan

Genitalia : Tidak ada kelainan

Kulit : Warna kulit kuning kecoklatan



PROGRAM TERAPI

Tanggal/Jam : 15-02-2024

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI
1	Ranitidin	2x50 mg	Menurunkan sekresi asam lambung berlebih
2.	Ketorolac	2x30mg	Mengurangi rasa sakit(sebagai analgetik)

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
1	DS : Klien mengatakan nyeri perut P : Agen injury fisiologi Q : Tertusuk R : Perut S : 5 T : Hilang timbul DO : Klien tampak meringis menahan sakit TD : 131/99 mmHg S : 38,2 0C N : 105 x/mnt Rr : 23 x/mnt	Nyeri akut	Agen Pencedera fisiologis

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b/d Agen Pencedera fisiologis

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa keperawatan	Kode SLKI	SLKI	Kode SIKI	SIKI																																										
1	Nyeri akut (D.0077)	L.08066	A. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: <table data-bbox="546 536 1590 900"> <tr> <th>Kriteria hasil</th><th>Meningkat</th><th>Cukup meningkat</th><th>Sedang</th><th>Cukup menurun</th><th>Menurun</th></tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Sikap protektif</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> </table> <table data-bbox="546 951 1590 1209"> <tr> <th>Kriteria hasil</th><th>Memburuk</th><th>Cukup memburuk</th><th>Sedan</th><th>Cukup membaik</th><th>Membaik</th></tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Pola nafas</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> </table>	Kriteria hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Keluhan nyeri	1	2	3	(4)	5	Meringis	1	2	3	(4)	5	Sikap protektif	1	2	3	(4)	5	Kriteria hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedan	Cukup membaik	Membaik	Frekuensi nadi	1	2	3	(4)	5	Pola nafas	1	2	3	(4)	5	I.12452	a.Manajemen Nyeri Tindakan Observasi 1)Identifikasi skala nyeri 2)Identifikasi respon nyeri non verbal 3)lakukan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari (<i>finger hold</i>) 4)Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 5)Anjurkan memonitor nyri secara mandiri
Kriteria hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																																										
Keluhan nyeri	1	2	3	(4)	5																																										
Meringis	1	2	3	(4)	5																																										
Sikap protektif	1	2	3	(4)	5																																										
Kriteria hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedan	Cukup membaik	Membaik																																										
Frekuensi nadi	1	2	3	(4)	5																																										
Pola nafas	1	2	3	(4)	5																																										

			B. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka kontrol nyeri meningkat, dengan kriteria hasil: <table><tr><td>Kriteria hasil</td><td>Menurun</td><td>Cukup menurun</td><td>Sedan</td><td>Cukup meningkat</td><td>Meningkat</td></tr><tr><td>Melaporkan nyeri terkontrol</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr><tr><td>Kemampuan mengenali onset nyeri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr></table>						Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedan	Cukup meningkat	Meningkat	Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	(4)	5	Kemampuan mengenali onset nyeri	1	2	3	(4)	5		6)Anjurkan untuk melakukan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari jika mengalami nyeri perut lagi Kolaborasi 7)Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedan	Cukup meningkat	Meningkat																							
Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	(4)	5																							
Kemampuan mengenali onset nyeri	1	2	3	(4)	5																							

IMPLEMENTASI

No Dx	Tanggal/ Jam	Tindakan	Respon	TTD
1	15-02-2024 10.15	–Mengidentifikasi skala nyeri –Memberikan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari mengurangi rasa nyeri –Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri –Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri –Mengkolaborasi pemberian obat analgetik inj Ketorolac 30mg dan inj ranitidin 50 mg	–Skala 5 –Melatih nafas dalam –Lingkungan nyaman –Memonitor nyeri secara mandiri –Injeksi ketorolac 30mg dan inj ranitidin 50 mg masuk	Kin

Tindakan Observasi

Jam	TD (mmHg)	Nadi (kali/menit)	RR (kali/menit)	Suhu (°C)	SpO ₂ (%)	Skala nyeri	Keterangan
10.15	131/99	105	23	38,2	99	5	
10.35	125/81	90	20	38	97	4	
12.00	120/85	80	20	36,8	98	2	

EVALUASI

TGL/JAM	NO DX	EVALUASI	TTD
15-02-2024 Jam 12.00	1	S: pasien mengatakan nyeri perut berkurang, P : Agen injury fisiologi Q : Tertusuk R : Perut S : 2 T : Hilang timbul O :Klien tampak masih meringis menahan sakit TD : 120/85 mmHg S : 36.8 0C N : 80 x/mnt Rr : 20 x/mnt A : Masalah Nyeri akut belum teratasi P : Pertahankan intervensi	Kin

RENCANA TINDAK LANJUT

Setelah di observasi pasien boleh pulang

Tanggal,15-02-2024

Jam 12.10 WIB

Mengetahui

Pembimbing

Mahasiswa,

.....

(Kinwati)

PASIEN 3**FORM PENGKAJIAN TRIASE**

Emergency Nursing Department | Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Tanggal 19-02-2024 Jam 13.30 WIB

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma
Cara Masuk : ☒ Sendiri ☐ Rujukan

No RM : 00xxxx
Nama : Nn.N
Tanggal Lahir : 22-04-2007
Jenis Kelamin : perempuan

PRE-HOSPITAL (jika ada)

Keadaan Pre Hospital : AVPU : TD : 132/98 mmHg Nadi : 122 x/m
Pernafasan : 20 x/menit Suhu : 36,5°C SpO₂ 97 %
Tindakan Pre Hospital : IVFD RL 20 tpm
Obat inj.Ranitidin 2x1 amp
Inj.ketorolac 2x30mg

A

☐ obstruksi Jalan Nafas
☐ tridor, Gargling, Snoring

☐ obstruksi Jalan Nafas
☐ tridor, Gargling, Snoring

☒ Jalan Nafas Paten

B

☐ SpO₂ < 80%
☐ RR >30 x/m atau <14 x/m

☐ SpO₂ 80 – 94 %
☐ RR 26 – 30 x/m

☒ SpO₂ > 94 %
☒ RR 14 – 26 x/m

C

☐ Nadi > 130 x/m
☐ TD Sistolik < 80 mmHg

☐ Nadi 121 – 130 x/m
☐ TD Sistolik 80 – 90 mmHg

☒ Nadi 60 – 120 x/m
☒ TD Sistolik > 90 mmHg

D

☐ GCS ≤ 8

☐ GCS 9 – 13

☒ GCS 14 – 15

E

☐ Suhu > 40°C atau < 36°C
☐ VAS = 7 – 10 (berat)
☐ KG : mengancam nyawa

☐ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
☒ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
☐ VAS = 4 – 6 (sedang)
☐ KG : resiko tinggi

☒ Suhu 36,5 – 37,5°C
☐ Suhu 36,5 – 37,5°C
☐ VAS = 1 – 3 (ringan)
☐ EKG : resiko rendah-normal

TRIASE



HIJAU

Petugas Triase

CATATAN :

(Kinwati)



FORM PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 19-02-2024... Jam ...13.30.....

No RM : 000xxx

Nama : Ny.N

Tanggal Lahir : 22-04-2007

Jenis Kelamin : perempuan

Keluhan Utama : nyeri perut kanan bawah

Anamnesa : Nyeri pada perut kanan bawah, mual
dan badan terasa lemas

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada,

Riwayat Penyakit Dahulu : Tidak ada

Riwayat Penyakit Keluarga : Tidak ada

Airways

P ☒ n ☐ Td ☐ Paten (☐ Snor ☐ Gargli ☐ Stridor ☐ Benda A ☐ ng) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas ☒ Teratur ☐ Tidak Teratur
Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Bron ☐ovesikuler ☐ Wheez ☐ Ronchi ☐
Pola Nafas ☐ Ap ☐ ☐ Dys ☐ a ☐ Bradipn ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea ☐
Penggunaan Otot Bantu Nafas ☐ Retra ☐ Dada ☐ Cuping ☐ lung
Jenis Nafas ☐ Per ☐asan Dada ☐ Pernafas ☐ Perut
Frekuensi Nafas20..... x/menit

Circulation

Akral : Hangat ☒ Dingin ☐ Pucat : Ya ☐ Tidak ☐
Sianosis : Ya ☐ Tidak ☒ CRT : <2 detik ☒ >2 detik ☐
Tekanan Darah : 132/98 mmHg Nadi : Teraba ☒122.. x/m Tidak Teraba ☐
Perdarahan : Ya ☐ cc Lokasi Perdarahan : Tidak ☐
Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : Diare ☐ Muntah ☐ Luka Bakar ☐ Perdarahan ☐
Kelembaban Kulit : Lembab ☐ Kering ☒
Turgor : Baik ☐ Kurang ☒
Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine : cc
Resiko Dekubitus : Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut ☐

Disability

Tingkat Kesadaran : Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somno ☐ Sopor ☐ Coma ☐

PRIMARY SURVEY

Nilai GCS : E V saM Total :

Pupil : Isokhor ☒ Miosis ☐ Midriasis ☐ Diameter 1mm ☐ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm ☐

Respon Cahaya : + ☒ - ☐

Penilaian Ekstremitas : Sensorik Ya ☒ Tidak ☐ kekuatan

5 | 5

Pengkajian Nyeri : nyeri perut kanan bawah

Onset : tiba-tiba

Etiologi/Provokatif/Paliatif : Agen injury fisiologi

Qualitas : Seperti tertusuk

Regio/Radiation : Perut

Scale/Severity : 6

Time : Hilang timbul

Apakah ada nyeri : Ya, ☒ skor nyeri VRS :6.... Tidak ☐

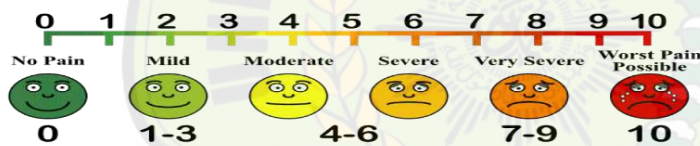
VAS :6.

Lokasi Nyeri

VRS :



VAS :



Luka : Ya, ☐ Lokasi

Tidak ☐

Resiko Dekubitus : Ya ☐

Tidak ☐

(arsir sesuai lokasi nyeri)

Fahrenheit

Suhu Axila : 36,5 °C Suhu Rectal :°C

Berat Badan : 49 kg

Pemeriksaan Penunjang

EKG :

GDA :

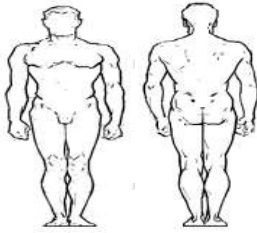
Radiologi :

Laboratorium (tanggal: 15-02-24)

Item	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
H Hemoglobin	14,5	11.7-15.5	Normal
leukosit	7.6	3.80-5.20	
Trombosit	159	150-400	

Item	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
HbsAg	Negatif		

PEMERIKSAAN FISIK



Kepala : Rambut hitam,bersih dan tidak rontok,tidak ada nyeri tekan
Muka : Bentuk muka oval,simetris
Mata : Simetris,sklera tidak ikterik,penglihatan normal
Hidung : Tidak ada polip,tidak ada sekret,fungsi penghidu baik
Mulut : Gigi bersih,tidak ada karies gigi,tidak memakai gigi palsu,gusi tidak ada
Peradangan,lidah bersih,bibir kering

Telinga : Canalis bersih,pendengaran baik,

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid,tidak ada nyeri tekan

Dada : 1. Paru-paru :

I : Simetris,Rr 20x/mnt,pola nafas reguler,bunyi vesikuler,

Tidak ada sesak nafas

P : Vocal fremitus antara kanan kiri simetris,tidak adanyeri tekan

A : Suara vesikuler,tidak ada rokhil dan wheezing

P : Suara paru sonar padaparu kanan dan kiri

2. Jantung :

I : Lokasi lotus di gic mid clavikula dan denyut jantung nampak

P : Teraba denyut jantung dengan gerakan

P : Di sic5 mid axial dari lateral ke media bunyinya sonar

A : S1=S2murni reguler,bunyi jantung normal,tidak ada mur-mur

Dan gallop

Perut :

I : Abdomen simetris,datar tidakada luka

A : Peristaltik 15x/menit

P : Adanyeri di perut dan ulu hati

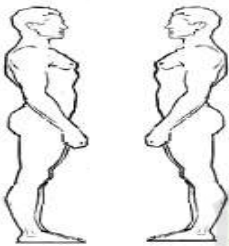
P : Suara hipertimpani

Ekstremitas :(atas) : Simetris,tidak ada odema atau lesi,tidak ada nyeri tekan

(bawah) : Kaki kanan dan kiri simetris tidak kelainan

Genitalia : Tidak ada kelainan

Kulit : Warna kulit kuning kecoklatan



PROGRAM TERAPI

Tanggal/Jam : 19-02-2024

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI
1	Ranitidin	2x50 mg	Menurunkan sekresi asam lambung berlebih
2.	Ketorolac	2x30mg	Mengurangi rasa sakit(sebagai analgetik)

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
1	DS : Klien mengatakan nyeri perut P : Agen injury fisiologi Q : Tertusuk R : Perut S : 5 T : Hilang timbul DO : Klien tampak meringis menahan sakit TD : 132/88 mmHg S : 36,5 0C N : 122 x/mnt Rr : 20 x/mnt	Nyeri akut	Agen Pencedera fisiologis

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b/d Agen Pencedera fisiologis

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa keperawatan	Kode SLKI	SLKI	Kode SIKI	SIKI																																										
1	Nyeri akut (D.0077)	L.08066	A. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: <table data-bbox="542 536 1599 900"> <tr> <th>Kriteria hasil</th><th>Meningkat</th><th>Cukup meningkat</th><th>Sedang</th><th>Cukup menurun</th><th>Menurun</th></tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Sikap protektif</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> </table> <table data-bbox="542 951 1599 1209"> <tr> <th>Kriteria hasil</th><th>Memburuk</th><th>Cukup memburuk</th><th>Sedan</th><th>Cukup membaik</th><th>Membaik</th></tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Pola nafas</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> </table>	Kriteria hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Keluhan nyeri	1	2	3	(4)	5	Meringis	1	2	3	(4)	5	Sikap protektif	1	2	3	(4)	5	Kriteria hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedan	Cukup membaik	Membaik	Frekuensi nadi	1	2	3	(4)	5	Pola nafas	1	2	3	(4)	5	I.12452	a.Manajemen Nyeri Tindakan Observasi 1)Identifikasi skala nyeri 2)Identifikasi respon nyeri non verbal 3)lakukan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari (<i>finger hold</i>) 4)Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 5)Anjurkan memonitor nyri secara mandiri
Kriteria hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																																										
Keluhan nyeri	1	2	3	(4)	5																																										
Meringis	1	2	3	(4)	5																																										
Sikap protektif	1	2	3	(4)	5																																										
Kriteria hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedan	Cukup membaik	Membaik																																										
Frekuensi nadi	1	2	3	(4)	5																																										
Pola nafas	1	2	3	(4)	5																																										

			B. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka kontrol nyeri meningkat, dengan kriteria hasil: <table><tr><td>Kriteria hasil</td><td>Menurun</td><td>Cukup menurun</td><td>Sedan</td><td>Cukup meningkat</td><td>Meningkat</td></tr><tr><td>Melaporkan nyeri terkontrol</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr><tr><td>Kemampuan mengenali onset nyeri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr></table>						Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedan	Cukup meningkat	Meningkat	Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	(4)	5	Kemampuan mengenali onset nyeri	1	2	3	(4)	5		6)Anjurkan untuk melakukan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari jika mengalami nyeri perut lagi Kolaborasi 7)Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedan	Cukup meningkat	Meningkat																							
Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	(4)	5																							
Kemampuan mengenali onset nyeri	1	2	3	(4)	5																							

IMPLEMENTASI

No Dx	Tanggal/ Jam	Tindakan	Respon	TTD
1	19-02-2024 13.30	–Mengidentifikasi skala nyeri –Memberikan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari mengurangi rasa nyeri –Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri –Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri –Mengkolaborasi pemberian obat analgetik inj Ketorolac 30mg dan inj ranitidin 50 mg	–Skala 6 –Melatih nafas dalam –Lingkungan nyaman –Memonitor nyeri secara mandiri –Injeksi ketorolac 30mg dan inj ranitidin 50 mg masuk	Kin

Tindakan Observasi

Jam	TD (mmHg)	Nadi (kali/menit)	RR (kali/menit)	Suhu (°C)	SpO ₂ (%)	Skala nyeri	Keterangan
13.30	132/98	132	20	36,5	97	6	
14.00	130/89	90	20	36	97	5	
15.00	110/75	80	20	36	98	4	

EVALUASI

TGL/JAM	NO DX	EVALUASI	TTD
19-02-2024 Jam 15.00	1	S: pasien mengatakan nyeri perut berkurang, P : Agen injury fisiologi Q : Tertusuk R : Perut S : 4 T : Hilang timbul O :Klien tampak masih meringis menahan sakit TD : 110/75 mmHg S : 36 0C N : 80 x/mnt Rr : 20 x/mnt A : Masalah Nyeri akut belum teratasi P : Pertahankan intervensi	Kin

RENCANA TINDAK LANJUT

Setelah di observasi pasien boleh pulang

Tanggal,19-02-2024

Jam 13.00 WIB

Mengetahui

Pembimbing

Mahasiswa,

.....

(Kinwati)



FORM PENGKAJIAN TRIASE

Emergency Nursing Department | Universitas Muhammadiyah Gombong
Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Tanggal 28-02-2024..... Jam 13.30

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma
Cara Masuk : ☒ Sendiri ☐ Rujukan

No RM : 000XXXX
Nama : Tn.B
Tanggal Lahir : 13-03-1977
Jenis Kelamin : Laki-laki

PRE-HOSPITAL (jika ada)

Kedadaan Pre Hospital : AVPU : TD : 125/90..... mmH Nadi : 101 x/m
Pernafasan : 20 x/menit Suhu : 39,1°C SpO₂ 95 %
Tindakan Pre Hospital : IVFD RL 20 tpm
Obat inj.Ranitidin 1 amp
Inj.ketorolac 30mg

A

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☒ Jalan Nafas Paten

B

☐ SpO₂ < 80%
☐ RR >30 x/m atau <14 x/m

☐ SpO₂ 80 – 94 %
☐ RR 26 – 30 x/m

☒ SpO₂ > 94 %
☒ RR 14 – 26 x/m

C

☐ Nadi > 130 x/m
☐ TD Sistolik < 80 mmHg

☐ Nadi 121 – 130 x/m
☐ TD Sistolik 80 – 90 mmHg

☒ Nadi 60 – 120 x/m
☒ TD Sistolik > 90 mmHg

D

☐ GCS ≤ 8

☐ GCS 9 – 13

☒ GCS 14 – 15

E

☐ Suhu > 40°C atau < 36°C
VAS = 7 – 10 (berat)
☐ EKG : mengancam nyawa

☐ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
VAS = 4 – 6 (sedang)
☐ EKG : resiko tinggi

☒ Suhu 36,5 – 37,5°C
☐ VAS = 1 – 3 (ringan)
EKG : resiko rendah-normal

TRIASE



HIJAU

Petugas Triase

CATATAN :

(KINWATI)

PASIEN 4



FORM PENGKAJIAN TRIASE

Emergency Nursing Department | Universitas Muhammadiyah Gombong
Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Tanggal 28-02-2024..... Jam 13.30

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma
Cara Masuk : ☒ Sendiri ☐ Rujukan

No RM : 000XXXX
Nama : Tn.B
Tanggal Lahir : 13-03-1977
Jenis Kelamin : Laki-laki

PRE-HOSPITAL (jika ada)

Kedadaan Pre Hospital : AVPU : TD : 125/90..... mmH Nadi : 101 x/m
Pernafasan : 20 x/menit Suhu : 39,1°C SpO₂ 95 %
Tindakan Pre Hospital : IVFD RL 20 tpm
Obat inj.Ranitidin 1 amp
Inj.ketorolac 30mg

A

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☒ Jalan Nafas Paten

B

☐ SpO₂ < 80%
☐ RR >30 x/m atau <14 x/m

☐ SpO₂ 80 – 94 %
☐ RR 26 – 30 x/m

☒ SpO₂ > 94 %
☒ RR 14 – 26 x/m

C

☐ Nadi > 130 x/m
☐ TD Sistolik < 80 mmHg

☐ Nadi 121 – 130 x/m
☐ TD Sistolik 80 – 90 mmHg

☒ Nadi 60 – 120 x/m
☒ TD Sistolik > 90 mmHg

D

☐ GCS ≤ 8

☐ GCS 9 – 13

☒ GCS 14 – 15

E

☐ Suhu > 40°C atau < 36°C
VAS = 7 – 10 (berat)
☐ EKG : mengancam nyawa

☐ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
VAS = 4 – 6 (sedang)
☐ EKG : resiko tinggi

☒ Suhu 36,5 – 37,5°C
☐ VAS = 1 – 3 (ringan)
EKG : resiko rendah-normal

TRIASE



HIJAU

Petugas Triase

CATATAN :

(KINWATI)



FORM PENGKAJIAN
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)
Emergency Nursing Department | Universitas Muhammadiyah Gombong

Tanggal :28-02-2024... Jam ...13.30.....

No RM : 000910824

Nama : Tn.B

Tanggal Lahir : 13-03-1977

Jenis Kelamin : Laki-laki

Keluhan Utama : Nyeri perut

Anamnesa : Sejak 2 hari yang lalu nyeri perut,mual,

Muntah 3kali,Panas,tidak kentut dan

Tidak BAB

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada,

Riwayat Penyakit Dahulu : Tidak ada

Riwayat Penyakit Keluarga : Tidak ada

Airways

☒ Paten ☐ Tidak Paten (☐ ring ☐ G ☐ ling ☐ Str ☐ r ☐ Ben ☐ Asing) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas ☒ teratur ☐ Tidak Teratur

Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Ronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronc

Pola Nafas ☐ Pneumonia ☐ Spnea ☐ Bronkonia ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea

Penggunaan Otot Bantu Nafas ☐ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung

Jenis Nafas ☐ Pernafasan Dada ☐ Pergerakan Perut

Frekuensi Nafas20..... x/menit

Circulation

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin ☐ Pucat : ☐ Ya ☐ Tidak

Sianosis : ☐ Ya ☒ Tidak CRT : ☒ <2 detik ☐ >2 detik

Tekanan Darah : 108/78 mmHg Nadi : ☒ Teraba104.. x/m ☐ Tidak Teraba

Perdarahan : ☐ Ya cc Lokasi Perdarahan : ☐ Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan

Kelembaban Kulit : ☐ Lembab ☒ Kering

Turgor : ☐ Baik ☒ Kurang

Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine : cc

Resiko Dekubitus : ☐ Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

Disability

Tingkat Kesadaran : ☐ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E V saM Total :

Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Miosis Diameter ☐ mm ☐ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☒ + ☐ -



Penilaian Ekstremitas : Sensorik

☒ Ya

Tidak

kekuatan

Motorik

☒ YaTidak ☐

otot

5

5

Exposure

Pengkajian Nyeri : Nyeri perut

Onset : Sejak 2 hari

Provokatif/Paliatif : Agen injury fisiologi

Qualitas : Seperti diiris

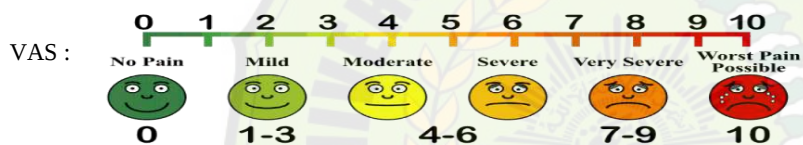
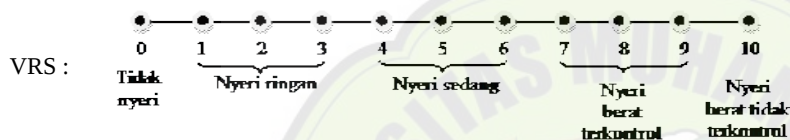
Regio/Radiation : Perut

Scale/Severity : 9

Time : Hilang timbul

Apakah ada nyeri : ☒ Ya, skor nyeri VRS :9..... ☐ Tidak

VAS :9.....



Lokasi Nyeri

Luka : ☐ a, LokasiTid ☐Resiko Dekubitus : ☐ aTid ☐

(arsir sesuai lokasi nyeri)

Fahrenheit

Suhu Axila : 39,1 °C

Suhu Rectal :°C

Berat Badan : 69 kg

Pemeriksaan Penunjang

EKG :

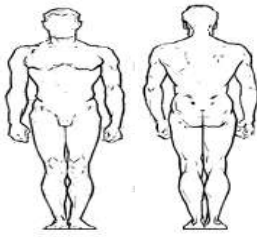
GDA :

Radiologi :

Laboratorium (tanggal: 28-02-24)

Item	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
Hemoglobin	12.5	11.7-15.5	Normal
Lekosit	8,1	3.6-11.0	
Hematokrit	45	35-47	
Eritrosit	4.3	3.80-5.20	
Trombosit	258	150-400	

PEMERIKSAAN FISIK



Kepala : Rambut hitam,bersih dan tidak rontok,tidak ada nyeri tekan
 Muka : Bentuk muka oval,simetris
 Mata : Simetris,sklera tidak ikterik,penglihatan normal
 Hidung : Tidak ada polip,tidak ada sekret,fungsi penghidu baik
 Mulut : Gigi bersih,tidak ada karies gigi,tidak memakai gigi palsu,gusi tidak ada
 Peradangan,lidah bersih,bibir kering

Telinga : Canalis bersih,pendengaran baik,

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid,tidak ada nyeri tekan

Dada : 1. Paru-paru :

I : Simetris,Rr 20x/mnt,pola nafas reguler,bunyi vesikuler,

Tidak ada sesak nafas

P : Vocal fremitus antara kanan kiri simetris,tidak adanyeri tekan

A : Suara vesikuler,tidak ada rokhii dan wheezing

P : Suara paru sonar padaparu kanan dan kiri

2. Jantung :

I : Lokasi lotus di gic mid clavikula dan denyut jantung nampak

P : Teraba denyut jantung dengan gerakan

P : Di sic5 mid axial dari lateral ke media bunyinya sonar

A : S1=S2murni reguler,bunyi jantung normal,tidak ada mur-mur
 Dan gallop

Perut :

I : Abdomen simetris,datar tidakada luka,distensi abdomen

A : Peristaltik tidak terdengar

P : Adanyeri diperut

P : Suara hipertimpani

Ekstremitas :(atas) : Simetris,tidak ada odema atau lesi,tidak ada nyeri tekan

(bawah) : Kaki kanan dan kiri simetris tidak kelainan

Genitalia : Tidak ada kelainan

Kulit : Warna kulit kuning kecoklatan

PROGRAM TERAPI

Tanggal/Jam : 28-02-2024

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI
1	Ranitidin	2x50 mg	Menurunkan sekresi asam lambung berlebih
2.	Ketorolac	2x30mg	Mengurangi rasa sakit(sebagai analgetik)

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
1	DS : Klien mengatakan nyeri perut P : Agen injury fisiologi Q : Tertusuk R : Perut S : 9 T : Hilang timbul DO : Klien tampak meringis menahan sakit TD : 125/90 mmHg S : 39,1 0C N : 101 x/mnt Rr : 20 x/mnt	Nyeri akut	Agen Pencedera fisiologis

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b/d Agen Pencedera fisiologis

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa keperawatan	Kode SLKI	SLKI	Kode SIKI	SIKI																																										
1	Nyeri akut (D.0077)	L.08066	A. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: <table> <tr> <th>Kriteria hasil</th><th>Meningkat</th><th>Cukup meningkat</th><th>Sedang</th><th>Cukup menurun</th><th>Menurun</th></tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Sikap protektif</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> </table> <table> <tr> <th>Kriteria hasil</th><th>Memburuk</th><th>Cukup memburuk</th><th>Sedang</th><th>Cukup membaik</th><th>Membaik</th></tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Pola nafas</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> </table>	Kriteria hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Keluhan nyeri	1	2	3	(4)	5	Meringis	1	2	3	(4)	5	Sikap protektif	1	2	3	(4)	5	Kriteria hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik	Frekuensi nadi	1	2	3	(4)	5	Pola nafas	1	2	3	(4)	5	I.12452	a.Manajemen Nyeri Tindakan Observasi 1)Identifikasi skala nyeri 2)Identifikasi respon nyeri non verbal 3)lakukan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari (<i>finger hold</i>) 4)Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
Kriteria hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																																										
Keluhan nyeri	1	2	3	(4)	5																																										
Meringis	1	2	3	(4)	5																																										
Sikap protektif	1	2	3	(4)	5																																										
Kriteria hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik																																										
Frekuensi nadi	1	2	3	(4)	5																																										
Pola nafas	1	2	3	(4)	5																																										

			B. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka kontrol nyeri meningkat, dengan kriteria hasil: <table><tr><td>Kriteria hasil</td><td>Menurun</td><td>Cukup menurun</td><td>Sedan</td><td>Cukup meningkat</td><td>Meningkat</td></tr><tr><td>Melaporkan nyeri terkontrol</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr><tr><td>Kemampuan mengenali onset nyeri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr></table>						Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedan	Cukup meningkat	Meningkat	Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	(4)	5	Kemampuan mengenali onset nyeri	1	2	3	(4)	5		Edukasi 5)Anjurkan memonitor nyri secara mandiri 6)Anjurkan untuk melakukan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari jika mengalami nyeri perut lagi Kolaborasi 7)Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedan	Cukup meningkat	Meningkat																							
Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	(4)	5																							
Kemampuan mengenali onset nyeri	1	2	3	(4)	5																							

IMPLEMENTASI

No Dx	Tanggal/ Jam	Tindakan	Respon	Kin
1	28-02-2024 13.30	–Mengidentifikasi skala nyeri –Memberikan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari mengurangi rasa nyeri –Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri –Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri –Mengkolaborasi pemberian obat analgetik inj Ketorolac 30mg dan inj ranitidin 50 mg	–Skala 9 –Melatih nafas dalam –Lingkungan nyaman –Memonitor nyeri secara mandiri –terpasang infus RL 20 tpm Injeksi ketorolac 30mg dan inj ranitidin 50 mg masuk	Kin

Tindakan Observasi

Jam	TD (mmHg)	Nadi (kali/menit)	RR (kali/menit)	Suhu (°C)	SpO ₂ (%)	Skala nyeri	Keterangan
13.30	125/90	101	24	39,1	98	9	
14.00	127/78	92	24	38,8	98	8	
15.00	127/80	90	24	38	98	6	

EVALUASI

TGL/JAM	NO DX	EVALUASI	TTD
28-02-2024	1	S: pasien mengatakan masih nyeri perut , P : Agen injury fisiologi Q : Tertusuk R : Perut S : 6 T : Hilang timbul O :Klien tampak meringis menahan sakit TD : 120/80 mmHg S : 38 0C N : 90 x/mnt Rr : 24 x/mnt A : Masalah Nyeri akut belum teratasi P : Pertahankan intervensi	Kin

RENCANA TINDAK LANJUT

Setelah di observasi pasien di pindah di ruang rawat inap,monitor TTV

Tanggal,28-02-2024

Jam 15.00 WIB

Mengetahui

Pembimbing

Mahasiswa,

.....

(Kinwati)

PASIEN 5



FORM PENGKAJIAN TRIASE

Emergency Nursing Department | Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Tanggal 08-03-2024 Jam 09.15 WIB

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma
Cara Masuk : ☒ Sendiri ☐ Rujukan

No RM : 00xxxx
Nama : Ny.R
Tanggal Lahir : 27-01-1974
Jenis Kelamin : perempuan

PRE-HOSPITAL (jika ada)

Keadaan Pre Hospital : AVPU : TD : 110/80 mmHg Nadi : 97 x/m
Pernafasan : 23 x/menit Suhu : 36,7°C SpO₂ 99 %
Tindakan Pre Hospital : IVFD RL 20 tpm
Obat inj.Ranitidin 2x1 amp
Inj.ketorolac 2x30mg

A

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☒ Jalan Nafas Paten

B

☐ SpO₂ < 80%
☐ RR >30 x/m atau <14 x/m

☐ SpO₂ 80 – 94 %
☐ RR 26 – 30 x/m

☒ SpO₂ > 94 %
☒ RR 14 – 26 x/m

C

☐ Nadi > 130 x/m
☐ TD Sistolik < 80 mmHg

☐ Nadi 121 – 130 x/m
☐ TD Sistolik 80 – 90 mmHg

☒ Nadi 60 – 120 x/m
☒ TD Sistolik > 90 mmHg

D

☐ GCS ≤ 8

☐ GCS 9 – 13

☒ GCS 14 – 15

E

☐ Suhu > 40°C atau < 36°C
☐ VAS = 7 – 10 (berat)
☐ KG : mengancam nyawa

☐ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
☒ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
☐ VAS = 4 – 6 (sedang)
☐ KG : resiko tinggi

☒ Suhu 36,5 – 37,5°C
☐ Suhu 36,5 – 37,5°C
☐ VAS = 1 – 3 (ringan)
☐ EKG : resiko rendah-normal

TRIASE



HIJAU

Petugas Triase

CATATAN :

(Kinwati)



FORM PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 08-03-2024... Jam ...09.15.....

No RM : 000xxx

Nama : Ny.R

Tanggal Lahir : 27-01-1974

Jenis Kelamin : perempuan

Keluhan Utama : Nyeri perut kanan bawah

Anamnesa : pasien mengeluh nyeri perut kanan bawah
,mual dan lemas.

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada,

Riwayat Penyakit Dahulu : Tidak ada

Riwayat Penyakit Keluarga : Tidak ada

Airways

P ☒ ☐ Paten (☐ Snor ☐ Gargli ☐ Stridor ☐ Benda A ☐) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas : ☒ ☐ Tidal ☐ ☐ Teratur
Suara Nafas : ☒ ☐ ☐ Bron ☐ovesikuler ☐ Wheez ☐ ☐ Ronchi ☐
Pola Nafas : ☐ ☐ ☐ Dys ☐ ☐ Bradip ☐ ☐ Tachipnea ☐ ☐ Orthopnea ☐
Penggunaan Otot Bantu Nafas : ☐ Retra ☐ Dada ☐ Cuping ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Jenis Nafas : ☐ ☐ Pernafas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Frekuensi Nafas20..... x/menit

Circulation

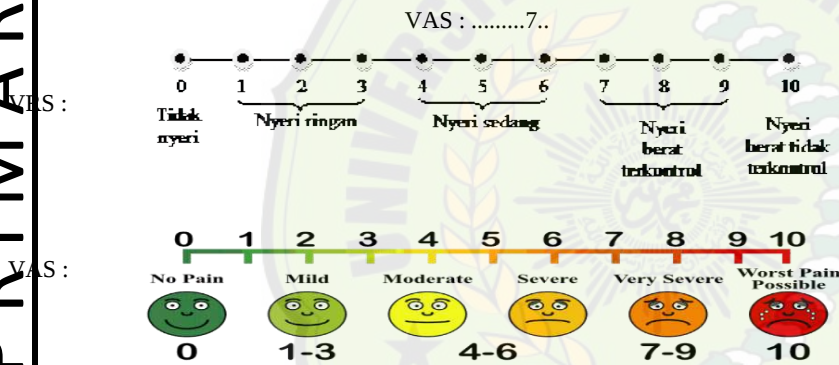
Akral : Hangat ☒ Dingin ☐ Pucat : Ya ☐ Tidak ☐
Sianosis : Ya ☐ Tidak ☒ CRT : <2 detik ☒ >2 detik ☐
Tekanan Darah : 110/80mmHg Nadi : Teraba ☒ 97.. x/m Tidak Teraba ☐
Perdarahan : Ya ☐ cc Lokasi Perdarahan : Tidak ☐
Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : Diare ☐ Muntah ☐ Luka Bakar ☐ Perdarahan ☐
Kelembaban Kulit : Lembab ☐ Kering ☒
Turgor : Baik ☐ Kurang ☒
Luka Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine : cc
Resiko Dekubitus : Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut ☐

Disability

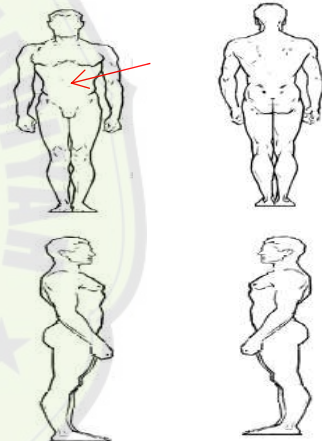
Tingkat Kesadaran : Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somno ☐ Sopor ☐ Coma ☐
 Nilai GCS : E V saM Total :
 Pupil : Isokhor ☒ Miosis ☐ Midriasis ☐ Diameter 1mm ☐ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm ☐
 Respon Cahaya : + ☒ - ☐ 5 | 5
 Penilaian Ekstremitas : Sensorik Ya ☒ Tidak ☐ kekuatan ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Exposure
 Pengkajian Nyeri : Nyeri perut kanan bawah
 Onset : tiba-tiba
 Provokatif/Paliatif : Agen injury fisiologi
 Kualitas : Seperti tertusuk
 Regio/Radiation : Perut
 Scale/Severity : 7
 Time : Hilang timbul

Apakah ada nyeri : Ya, ☒ skor nyeri VRS :7..... Tidak ☐



Lokasi Nyeri



Luka : Ya ☐ Lokasi Tidak ☐

Resiko Dekubitus : Ya ☐ Tidak ☐ (arsir sesuai lokasi nyeri)

Fahrenheit

Suhu Axila : 36,7 °C Suhu Rectal :°C

Berat Badan : 52 kg

Pemeriksaan Penunjang

EKG :

GDA :

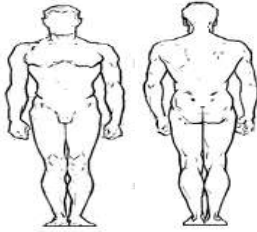
Radiologi :

Laboratorium (tanggal: 08-03-24)

Item	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
H Hemoglobin	13.1	11.7-15.5	Normal
Hematokrit	41	35-47	
leukosit	4.9	3.80-5.20	
Trombosit	257	150-400	

Item	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
HbsAg	Negatif		

PEMERIKSAAN FISIK



Kepala : Rambut hitam, bersih dan tidak rontok, tidak ada nyeri tekan

Muka : Bentuk muka oval, simetris

Mata : Simetris, sklera tidak ikterik, penglihatan normal

Hidung : Tidak ada polip, tidak ada sekret, fungsi penghidu baik

Mulut : Gigi bersih, tidak ada karies gigi, tidak memakai gigi palsu, gusi tidak ada Peradangan, lidah bersih, bibir kering

Telinga : Canalis bersih, pendengaran baik,

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada nyeri tekan

Dada : 1. Paru-paru :

I : Simetris, Rr 20x/mnt, pola nafas reguler, bunyi vesikuler,
Tidak ada sesak nafas

P : Vocal fremitus antara kanan kiri simetris, tidak adanyeri tekan

A : Suara vesikuler, tidak ada rokhil dan wheezing

P : Suara paru sonor padaparu kanan dan kiri

2. Jantung :

I : Lokasi lotus di gic mid clavikula dan denyut jantung nampak

P : Teraba denyut jantung dengan gerakan

P : Di sic5 mid axial dari lateral ke media bunyinya sonor

A : S1=S2 murni reguler, bunyi jantung normal, tidak ada mur-mur
Dan gallop

Perut :

I : Abdomen simetris, datar tidak ada luka

A : Peristaltik 1x/m

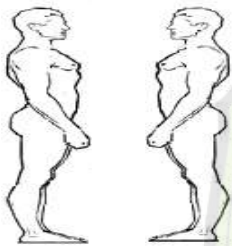
P : Adanyeri di perut

P : Suara hipertimpani

Ekstremitas :(atas) : Simetris, tidak ada odema atau lesi, tidak ada nyeri tekan
(bawah) : Kaki kanan dan kiri simetris tidak kelainan

Genitalia : Tidak ada kelainan

Kulit : Warna kulit kuning kecoklatan



PROGRAM TERAPI

Tanggal/Jam : 08-03-2024

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI
1	Ranitidin	2x50 mg	Menurunkan sekresi asam lambung berlebih
2.	Ketorolac	2x30mg	Mengurangi rasa sakit(sebagai analgetik)

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
1	DS : Klien mengatakan nyeri perut kanan bawah P : Agen injury fisiologi Q : Tertusuk R : Perut S : 7 T : Hilang timbul DO : Klien tampak meringis menahan sakit TD : 110/80 mmHg S : 36,7 0C N : 97x/mnt Rr : 20 x/mnt	Nyeri akut	Agen Pencedera fisiologis

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b/d Agen Pencedera fisiologis

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa keperawatan	Kode SLKI	SLKI	Kode SIKI	SIKI																																										
1	Nyeri akut (D.0077)	L.08066	A. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: <table data-bbox="546 536 1590 900"> <tr> <th>Kriteria hasil</th><th>Meningkat</th><th>Cukup meningkat</th><th>Sedang</th><th>Cukup menurun</th><th>Menurun</th></tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Sikap protektif</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> </table> <table data-bbox="546 951 1590 1209"> <tr> <th>Kriteria hasil</th><th>Memburuk</th><th>Cukup memburuk</th><th>Sedan</th><th>Cukup membaik</th><th>Membaik</th></tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Pola nafas</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr> </table>	Kriteria hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Keluhan nyeri	1	2	3	(4)	5	Meringis	1	2	3	(4)	5	Sikap protektif	1	2	3	(4)	5	Kriteria hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedan	Cukup membaik	Membaik	Frekuensi nadi	1	2	3	(4)	5	Pola nafas	1	2	3	(4)	5	I.12452	a.Manajemen Nyeri Tindakan Observasi 1)Identifikasi skala nyeri 2)Identifikasi respon nyeri non verbal 3)lakukan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari (<i>finger hold</i>) 4)Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 5)Anjurkan memonitor nyri secara mandiri
Kriteria hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																																										
Keluhan nyeri	1	2	3	(4)	5																																										
Meringis	1	2	3	(4)	5																																										
Sikap protektif	1	2	3	(4)	5																																										
Kriteria hasil	Memburuk	Cukup memburuk	Sedan	Cukup membaik	Membaik																																										
Frekuensi nadi	1	2	3	(4)	5																																										
Pola nafas	1	2	3	(4)	5																																										

			B. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka kontrol nyeri meningkat, dengan kriteria hasil: <table><tr><th>Kriteria hasil</th><th>Menurun</th><th>Cukup menurun</th><th>Sedan</th><th>Cukup meningkat</th><th>Meningkat</th></tr><tr><td>Melaporkan nyeri terkontrol</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr><tr><td>Kemampuan mengenali onset nyeri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>(4)</td><td>5</td></tr></table>						Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedan	Cukup meningkat	Meningkat	Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	(4)	5	Kemampuan mengenali onset nyeri	1	2	3	(4)	5		6)Anjurkan untuk melakukan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari jika mengalami nyeri perut lagi Kolaborasi 7)Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Kriteria hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedan	Cukup meningkat	Meningkat																							
Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	(4)	5																							
Kemampuan mengenali onset nyeri	1	2	3	(4)	5																							

IMPLEMENTASI

No Dx	Tanggal/ Jam	Tindakan	Respon	TTD
1	08-03-2024 09.15	–Mengidentifikasi skala nyeri –Memberikan terapi kompres hangat dan relaksasi genggam jari mengurangi rasa nyeri –Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri –Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri –Mengkolaborasi pemberian obat analgetik inj Ketorolac 30mg dan inj ranitidin 50 mg	–Skala 7 –Melatih nafas dalam –Lingkungan nyaman –Memonitor nyeri secara mandiri –Injeksi ketorolac 30mg dan inj ranitidin 50 mg masuk	Kin

Tindakan Observasi

Jam	TD (mmHg)	Nadi (kali/menit)	RR (kali/menit)	Suhu (°C)	SpO ₂ (%)	Skala nyeri	Keterangan
09.15	110/80	97	20	36,7	99	7	
10.35	110/80	90	20	36.2	97	6	
12.00	110/80	80	20	36	98	4	

EVALUASI

TGL/JAM	NO DX	EVALUASI	TTD
08-03-2024 Jam 12.00	1	S: pasien mengatakan nyeri perut berkurang, P : Agen injury fisiologi Q : Tertusuk R : Perut S : 4 T : Hilang timbul O :Klien tampak masih meringis menahan sakit TD : 110/80 mmHg S : 36 0C N : 80 x/mnt Rr : 20 x/mnt A : Masalah Nyeri akut belum teratasi P : Pertahankan intervensi	Kin

RENCANA TINDAK LANJUT

Setelah di observasi pasien boleh pulang

Tanggal,08-03-2024

Jam 12.10 WIB

Mengetahui

Pembimbing

Mahasiswa,

.....

(Kinwati)



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
FAKULTAS
ILMU KESEHATAN
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp. Fax. (0287) 472433,
Gombong 54412

Nama Mahasiswa : Kinwati
NIM : 202303143
Pembimbing : Podo Yuwono, M.Kep.

No	Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Tanda Tangan Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	06-01-2024	Konsul judul KIA		
2.	07-01-2024	Konsul arahan pembuatan KIA		
3.	08-01-2024	Konsul BAB 1		
4.	11-01-2024	Revisi Bab 1		
5.	20-01-2024	Konsul BAB 2 dan Bab 3		
6.	26-01-2024	Konsul revisian Bab 2 dan Bab3		
7.	27-01-2024	Acc & Lanjut Uji Turnitin		
8	06-02-2024	Lolos Uji Turnitin 24 %		
9	26-02-2024	SEMPRO		
10	28-02-2024	Konsul revisi pasca sempro		
11	20-04-2024	Konsul BAB 4 dan 5		
12	07-05-2024	ACC		

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners,



(Wuri Utami, M.Kep)