

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN DIAGNOSIS  
MEDIS HEMATEMESIS MELENA DI RUANG B2  
RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh :**

**PRADITYA FERNANDA PUTRA  
NIM. 192.0032**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN DIAGNOSIS  
MEDIS HEMATEMESIS MELENA DI RUANG B2  
RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Dijadikan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Mmemperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**PRADITYA FERNANDA PUTRA  
NIM. 1920032**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI LMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2022**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes HangTuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya,14 Februari 2022

PRADITYA FERNANDA PUTRA  
NIM. 192.0032

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : PRADITYA FERNANDA PUTRA

Nim : 1920032

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Diagnosis Medis

Hematemesis Melena Di Ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)**

Surabaya, 24 Februari 2022

**Pembimbing I**

**Christina Yulastuti, S.Kep.,Ns., M.Kep  
NIP.03017**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 15 Februari 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari

Nama : Praditya Fernanda Putra  
NIM : 1920032  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Diagnosis Medis  
Hematemesis Melena Di Ruang B2 RSPAL dr. Ramelan  
Surabaya

Telah dipertahankan dihadapkan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang  
Tuah Surabaya, Pada :

Hari, Tanggal : Kamis, 24 Februari 2022

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada prodi D-III  
Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03010

\_\_\_\_\_

Penguji II : Muharini, S.Kep., Ns  
IV a / 196410171987032005

\_\_\_\_\_

Penguji III : Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03017

\_\_\_\_\_

**Mengetahui,  
Ka Prodi D-III Keperawatan  
STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Dya Sustrami.S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIP. 03.007**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 24 Februari 2022

## **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

*“TIDAK ADA KESUKSESAN TANPA KERJA KERAS  
TIDAK ADA KEBERHASILAN TANPA KEBERSAMAAN”*

Ku persembahkan karya yang sederhana ini kepada

1. Allah SWT yang telah memberikan segala kelancaran dan kesehatan serta petunjuknya kepadaku dalam menuntun mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Orang tua saya, Bapak Suardi dan Ibu Sunarti tercinta yang telah bekerja keras membesarkan, membimbing, menyekolahkan, mendoakan dan memberi motivasi serta dorongan moral maupun material. Saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya untuk beliau.
3. Teman sebangunan Karya Tulis Ilmiah (Rico dan Nazilla) terima kasih sudah saling memberikan semangat dan bantuannya.
4. Untuk dosen pembimbing institusi Bu christin yuliasuti dan pembimbing lahan Bu Muharini yang sudah membimbing Karya Tulis ilmiah ini.
5. Teman, kakak tingkat, adek tingkat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya terima kasih atas doa, dukungan yang telah diberikan.
6. Untuk Azizah Dina Alfina, Alifa Nurfitriana, Zandy Rachma yang sudah membantu dan menemani dalam proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayahnya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan sebesar-besarnya kepada :

1. Kol dr.Gigih Imanta J., Sp.PD., FINASIM.,M.M selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya untuk menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku kepala program studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Christina Yuliasuti, S.Kep.,Ns., M.Kep. selaku pembimbing I, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran serta perhatian dalam memberikan

dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ibu Muharini, S.Kep.,Ns selaku pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
6. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama studi dan penulisannya.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan angkatan 25 dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.



## DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR SINGKATAN .....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat.....	4
1.4.1 Akademis.....	4
1.4.2 Dari segi praktisi, tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi .....	4
1.5 Metode Penulisan.....	4
1.5.2 Teknik pengumpulan data.....	5
1.5.3 Sumber data .....	5
1.5.3 Studi kepustakaan .....	5
1.6 Sistematika Penulisan.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Penyakit Melena .....	7
2.1.1 Anatomi fisiologi .....	7
2.1.2 Definisi .....	8
2.1.3 Etiologi .....	8
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	10

2.1.5 KERANGKA MASALAH.....	12
2.1.6 Patofisiologi.....	13
2.1.6 Pemeriksaan penunjang.....	14
2.1.7 Penatalaksanaan .....	15
2.2 Konsep Ulkus Duodenum .....	19
2.3 Konsep Gasritis .....	19
2.3.1 Definisi .....	19
2.3.2 Etiologi .....	20
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan pada Hematemesis Melena.....	21
2.2.1 Pengkajian.....	21
2.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	29
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	30
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	34
3.1 Pengkajian.....	34
3.1.1 Identitas .....	34
3.1.2 Keluhan Utama.....	34
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang .....	34
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu .....	35
3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga .....	35
3.1.6 Genogram.....	35
3.1.7 Pengkajian Persistem.....	36
3.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	40
3.2 Diagnosis Keperawatan.....	42
3.3.2 Prioritas Masalah.....	42
3.2.1 Analisis Data.....	43
3.3 Rencana Tindakan Keperawatan.....	45
3.4 Implementasi Keperawatan.....	47
BAB 4 PEMBAHASAN.....	52
4.1 Pengkajian Keperawatan.....	52

4.2	Diagnosa Keperawatan.....	53
4.3.	Perencanaan .....	54
4.4	Pelaksanaan.....	56
4.5	Evaluasi .....	56
BAB 5 PENUTUP .....		58
5.1	Simpulan.....	58
6.2	Saran .....	59

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan .....	30
Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan diri Tn.S .....	38
Tabel 3.2 Hasil laboratorium Tn.S, 17-01-2022.....	40
Tabel 3.3 Terapi obat Tn.S 18-01-2022.....	41
Tabel 3.4 Analisis data pada Tn.S .....	43
Tabel 3.5 Prioritas Masalah pada Tn.S.....	42
Tabel 3.6 Rencana Keperawatan pada Tn.S.....	45
Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan pada Tn.S.....	47

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Sistem Pencernaan Manusia.....	7
Gambar 2.2 Kerangka Masalah, Hematemesis Melena.....	12
Gambar 3 Genogram Tn.S .....	35
Gambar 4 Hasil Endoskopi pada Tn.S.....	41

**DAFTAR SINGKATAN**

**BAB** ( buang air besar )

**BAK** ( buang air kecil )

**GCS** ( Glasgow, scale )

**HB** ( hemoglobin )

**HCl** ( asam klorida )

**HT** ( hematokrit )

**IV** ( intra vena )

**ML** ( mili liter )

**MRS** ( masuk rumah sakit )

**N** ( nadi )

**NSAID** ( *Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs* )

**Ny** ( nyonya )

**RR** ( respiration rate )

**SCBA** ( saluran cerna bagian atas )

**SCBB** ( saluran cerna bagian bawah )

**SMRS** ( sebelum masuk rumah sakit )

**TD** ( tekanan darah )

**Tn** ( Tuan )

**TTV** ( tanda tanda vital )

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Perdarahan saluran cerna baik saluran cerna bagian atas (SCBA) ataupun saluran cerna bagian bawah (SCBB) merupakan salah satu gawat darurat yang memerlukan tindakan segera dimana pasien berada dalam ancaman kematian karena adanya gangguan hemodinamik(Sudoyo, 2017). Hematemesis adalah muntah darah atau darah kehitaman dan Melena adalah pengeluaran feses atau tinja yang berwarna hitam seperti ter yang disebabkan oleh adanya perdarahan saluran makan bagian atas. Warna Hematemesis tergantung pada lamanya hubungan atau kontak antara darah dengan asam lambung dan besar kecilnya perdarahan, sehingga dapat berwarna seperti kopi atau kemerah-merahan dan bergumpal- gumpal (Padila, 2013)

Kejadian perdarahan saluran cerna bagian atas ataupun melena di Negara eropa mencapai 100 jiwa per 100.000 jiwa/tahun, kejadian terhadap pria jauh lebih banyak daripada wanita. Insidensi ini meningkat sesuai dengan bertambahnya usia(Nabilla et al., 2016). Di Indonesia sebagian besar (70-85%) melena disebabkan oleh pecahnya varises esofagus yang terjadi pada pasien sirosis hati sehingga prognosisnya tergantung dari penyakit yang mendasarinya (Irmalasari et al., 2017). Di ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya tahun 2021 tercatat ada 12 kasus penderita melena (Buku registrasi Ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, 2021).

Melena memiliki beberapa penyebab, yang paling umum ditemukan pada

penyakit tukak lambung, penyakit hati, dan kanker lambung. Penyebab lainnya yang kurang umum termasuk gastritis atau esophagitis. Komplikasi yang bisa terjadi pada pasien hematemesis melena adalah, hepatic (suatu sindrom neuropsikiatrik yang ditandai dengan perubahan kesadaran, penurunan intelektual, kelainan neurologis yang menyertai kelainan parenkim hati), syok hipovolemik (kehilangan volume darah sirkulasi sehingga curah jantung dan tekanan darah menurun), aspirasi pneumonia (infeksi paru yang terjadi akibat cairan yang masuk ke saluran atas), anemia posthemoragik (kehilangan darah yang mendadak dan tidak disadari) (Hapsari et al., 2020). Seringnya mengonsumsi obat-obatan *Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs* (NSAID) atau steroid dalam jangka waktu yang panjang juga menjadi salah satu penyebab terjadinya melena.

Factor pencegahan untuk menghindari melena yaitu dengan rutin memeriksakan kesehatan secara berkala, terutama jika mengalami gejala yang berkaitan dengan penyebab atau factor resiko. Selain itu pembatasan konsumsi obat-obatan mengandung NSAID dan steroid mencegah terjadinya perdarahan saluran cerna atas, salah satunya merokok. Merokok juga sering menjadi pemicu terjadinya perdarahan saluran cerna atas, sehingga pengurangan konsumsi rokok akan membawa dampak baik terhadap saluran cerna. Peran seorang perawat sangat penting salah satunya adalah dengan memberikan pendidikan dan penyediaan layanan kesehatan sebagai acuan untuk pasien mengetahui penyebab terjadinya melena sehingga hal ini perlu dilakukan pengkajian, intervensi, evaluasi sesuai dengan kondisi pasien serta mengedukasi pasien guna mencegah terjadinya melena secara berulang. “Berdasarkan latar belakang diatas maka perlu untuk meneliti asuhan keperawatan pada Tn.S dengan diagnosis medis hematemesis melena di



ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Mengetahui lebih lanjut penyakit hematemesis melena di ruang B2 maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Hematemesis Melena dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Tn.S dengan diagnosis medis hematemesis melena di ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya ?”.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Mahasiswa mampu menggambarkan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan diagnosis medis hematemesis melena di ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis hematemesis melena di ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji pasien Tn.S dengan diagnosis medis hematemesis melena di ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada Tn.S dengan diagnosis medis hematemesis melena di ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan diagnosis medis hematemesis melena di ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan Tn.S dengan diagnosis medis hematemesis melena di ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien Tn.S dengan diagnosis medis hematemesis melena di ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan diagnosis medis hematemesis melena di ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

##### **1.4.1 Akademis**

Dari segi akademis merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan dengan diagnosis medis melena dengan baik.

##### **1.4.2 Dari segi praktisi, tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi**

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan dalam pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan melena dengan baik.

2. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis melena.

3. Bagi Profesi

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis melena.

#### **1.5 Metode Penulisan**

##### **1.5.1 Metode**

Metode penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dimana penulis ingin menggambarkan atau mendeskripsikan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **1.5.2 Teknik pengumpulan data**

#### 1. Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui perckapan baikdengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

#### 2. Observasi

Data yang diperoleh melalui pengamatan secara langsung keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

#### 3. Pemeriksaan

Pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

### **1.5.3 Sumber data**

#### 1. Data Primer

Data primer diperoleh dari wawancara pasien dan observasi secara langsung pada pasien

#### 2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien SIM rumah sakit, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan lain.

### **1.5.3 Studi kepustakaan**

Studi kepustakaan ini diperoleh dari sumber buku, jurnal-jurnal penelitian,

artikel, media massa, internet yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

### **1.6 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih muda dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan moto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis melena serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan yang berisi perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi kesimpulan dari bab 1 sampai dengan bab 4 serta saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

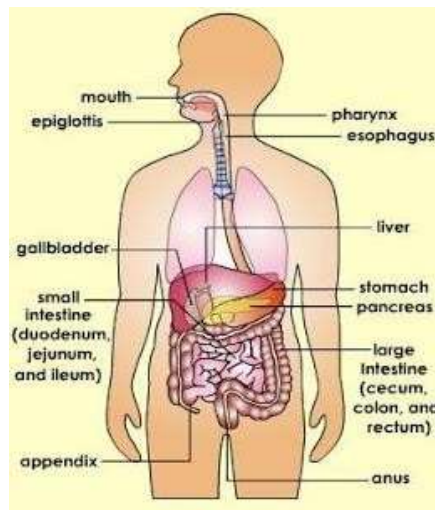
## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 ini akan diuraikan secara teoristik mengenai konsep penyakit melena, konsep ulkus duodenum, konsep gastritis, konsep asuhan keperawatan melena serta kerangka masalah.

#### 2.1 Konsep Penyakit Melena

##### 2.1.1 Anatomi fisiologi



**Gambar 1 Sistem Pencernaan Manusia**

Sumber : (Scanlon, 2018)

Berikut Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan Manusia

Saluran pencernaan menerima makanan dari luar dan mempersiapkan bahan makanan untuk diserap oleh tubuh dengan jalan proses pencernaan (mengunyah, menelan, dan penyerapan) dengan bantuan zat cair yang terdapat mulai dari mulut sampai ke anus. Fungsi utama sistem pencernaan adalah menyediakan zat nutrisi yang sudah dicerna secara berkesinambungan untuk didistribusikan ke dalam sel melalui sirkulasi dengan unsur-unsur air, dan zat gizi. Sebelum zat gizi ini diserap

oleh tubuh, makanan harus bergerak sepanjang pencernaan (Scanlon, 2018)

### **2.1.2 Definisi**

Melena adalah pengeluaran feses atau tinja yang berwarna hitam seperti the yang disebabkan oleh adanya perdarahan saluran makan bagian atas. Warna tergantung pada lamanya hubungan atau kontak antara darah dengan asam lambung dan besar kecilnya perdarahan, sehingga dapat berwarna seperti kopi atau kemerahmerahan dan bergumpal-gumpal. (bari, 2010)

Perdarahan saluran cerna merupakan setiap perdarahan dari saluran cerna (dari mulut sampai anus), yang dapat timbul sebagai hematemesis melena dan perdarahan rektal. Hematemesis didefinisikan sebagai muntah darah dan biasanya disebabkan oleh penyakit saluran cerna bagian atas, sedangkan melena adalah keluarnya feses berwarna hitam per rektal yang mengandung campuran darah, biasanya disebabkan oleh perdarahan usus proksimal (Grace, 2017)

Perdarahan saluran saluran cerna atas adalah perdarahan yang berasal dari bagian proksimal ligamentum treitz dengan manifestasi klinik berupa hematemesis dan melena. Hematemesis adalah muntah yang mengandung darah berwarna merah terang atau kehitaman akibat proses denaturasi, sedangkan melena adalah perdarahan saluran cerna atas yang keluar melalui rectum dan berwarna kehitaman atau seperti teh. Pada perdarahan saluran cerna yang masif, dan darah yang keluar melalui rectum dapat berwarna merah terang (hematokesia) akibat waktu singgah yang cepat dalam saluran cerna (Bararah, 2013)

### **2.1.3 Etiologi**

Hematemesis melena terjadi bila ada perdarahan didaerah proksimal jejunum dan melena dapat terjadi tersendiri atau bersama-sama dengan dengan hematemesis

paling sedikit terjadi perdarahan sebanyak 50-100 ml banyaknya darah yang keluar selama hematemesis melena sulit dipakai sebagai patokan untuk menduga besar kecilnya perdarahan saluran makan bagian atas. Hematemesis melena merupakan suatu keadaan yang gawat dan memerlukan perawatan segera di rumah sakit menurut (Nurafif, 2015)

Etiologi dari Hematemesis melena adalah :

1. Varises esophagus

Penderita hematemesis melena yang disebabkan pecahnya varises esophagus, tidak mengeluh rasa nyeri atau pedih di epigastrium. Pada umumnya sifat perdarahan timbul spontan dan massif. Darah yang dimuntahkan berwarna kehitam-hitaman dan tidak membeku karena sudah bercampur dengan asam lambung.

2. Karsinoma esophagus

Karsinoma esophagus sering memberikan keluhan melena daripada hematemesis. Disamping mengeluh disfagia, badan mengurus dan anemis, hanya sesekali penderita muntah darah dan itu pun tidak massif.

3. Sindroma Mallory – Weiss

Suatu komdisi yang ditandai dengan robekan pada selaput lender, yang terletak dibawah kerongkongan. Robekan tersebut biasanya linear dan muncul dipersimpangan yang menghubungkan esofagus dan lambung, robekan tersebut rentan terhadap pendarahan. Biasanya disebabkan karena terlalu sering muntah-muntah hebat dan terus menerus.

4. Esofagitis dan tukak esophagus

Esofagus bila sampai menimbulkan perdarahan lebih sering intermitten atau

kronis dan biasanya ringan, sehingga lebih sering timbul melena daripada hematemesis. Tukak di esophagus jarang sekali mengakibatkan pendarahan jika dibandingkan dengan tukak lambung dan duodenum.

5. Esofagogastritis korosiva

Pernah ditemukan penderita wanita dan pria yang muntah darah setelah tidak sengaja meminum air keras untuk patri. Air keras tersebut mengandung asam sitrat dan asam HCl yang bersifat korosif untuk mukosa mulut, esophagus dan lambung. Penderita juga mengeluh nyeri dan panas seperti terbakar dimulut, dada, dan epigastrium.

6. Gastritis erisovahemoragika

Hematemesis melena tidak massif dan timbul setelah penderita minum obat-obatan yang menyebabkan iritasi lambung. Sebelum muntah penderita mengeluh nyeri ulu hati.

7. Tukak lambung

Penderita mengalami dyspepsia berupa mual, muntah, nyeri ulu hati dan sebelum hematemesis didahului rasa nyeri atau pedih di epigastrium yang berhubungan dengan makanan. Sifat hematemesis tidak begitu massif dan melena lebih dominan dari hematemesis.

8. Karsinoma lambung

Insidensinya jarang, pasien umumnya berobat dalam fase lanjut dengan keluhan rasa pedih dan nyeri di ulu hati, rasa cepat kenyang, badan lemah. Jarang mengalami hematemesis, tetapi sering melena.

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis

Gejala Melena menurut (Nurafif, 2015) terjadi akibat perubahan morfologi

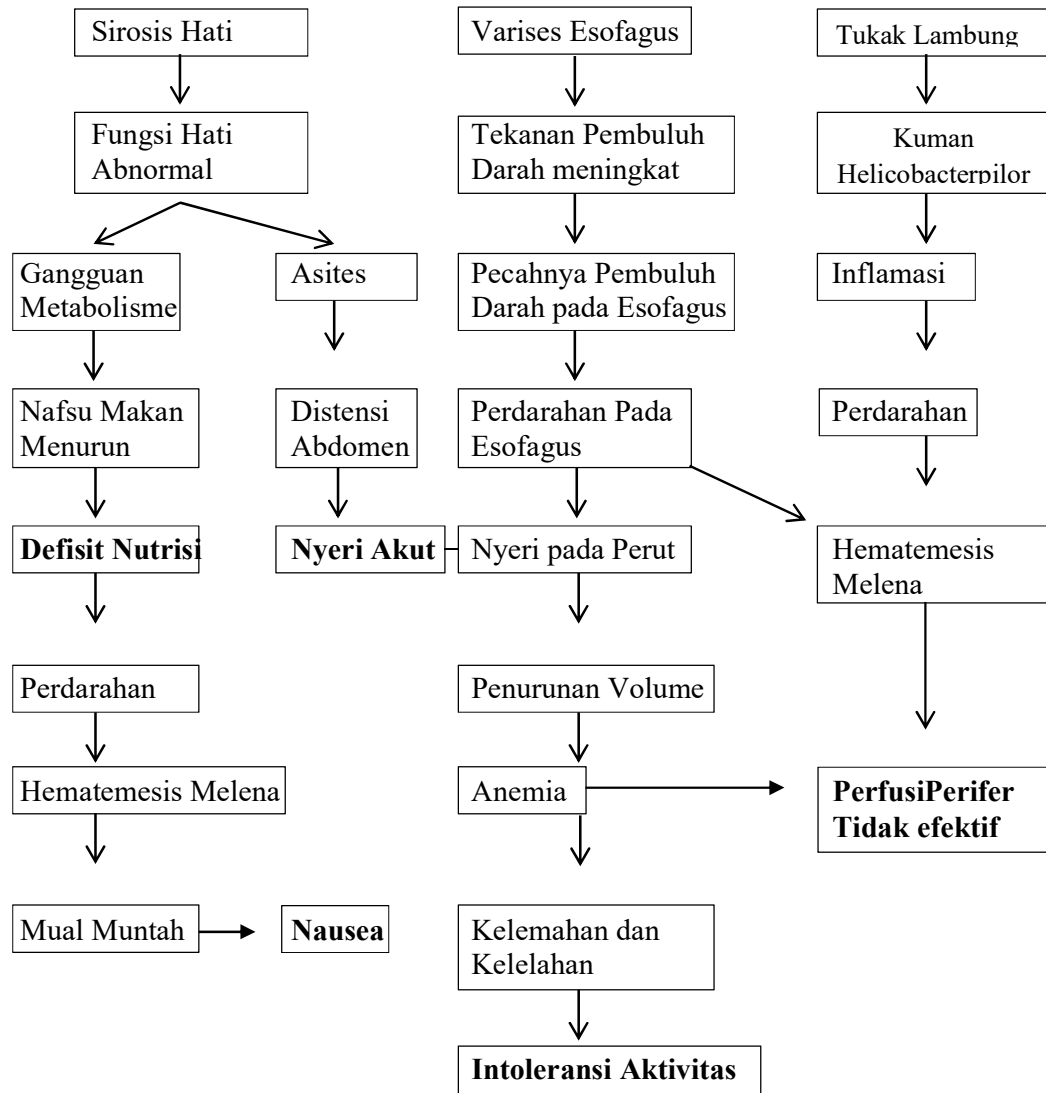


dan lebih menggambarkan beratnya kerusakan yang terjadi dari pada etiologinya.

Didapatkan gejala dan tanda sebagai berikut :

1. Gejala – gejala intestinal yang tidak khas seperti anoreksia, mual, muntah dan diare. Demam, berat badan turun, lekas lelah, ascites, hidratornaks dan edemo.
2. Icterus kadang – kadang urine menjadi lebih tua warnanya atau kecolatan.
3. Hematomegali, bila telah lanjut hati dapat mengecil karena fibrosis.
4. Kelailan pembuluh darah seperti kolateral dinding, koput medusa, wasir dan varises esofagus.
5. Kelainan endokrin yang merupakan tanda dari hiperestrogenisme

### 2.1.5 KERANGKA MASALAH



Gambar 2.2 Kerangka Masalah, Hematemesis Melena

### 2.1.6 Patofisiologi

Patofisiologi terjadi melena menurut (Grace, 2017) sebagai berikut :

#### 1. Ulkus peptikus

Ulkus peptikus terjadi terutama pada mukosa gastroduodenal karena jaringan ini tidak dapat menahan kerja asam lambung pencernaan (asam hidroklorida) dan pepsin. Erosi yang terjadi berkaitan dengan peningkatan konsentrasi dan kerja asam pepsin, atau berkenaan dengan penurunan pertahanan normal dari mukosa. Mukosa yang rusak tidak dapat menskresi mucus yang cukup bertindak sebagai barrier terhadap asam klorida.

#### 2. Sekresi Lambung

Sekresi lambung terjadi pada tiga fase yang serupa :

- a. Fase sefalik yaitu, fase yang dimulai dengan rangsangan seperti pandangna, bau, atau rasa makanan yang bekerja pada reseptor kortikal serebral yang pada gilirannya merangsang saraf
- b. Fase lambung yaitu, fase lambung dilepaskan asam lambung sebagai akibat dari rangsangan kimiawi dan mekanis terhadap reseptor di dinding lambung
- c. Fase usus yaitu, makanan pada usus halus menyebabkan pelepasan hormon yang pada waktunya akan merangsang sekresi asam lambung.

#### 3. Barrier Mukosa Lambung

Merupakan pertahanan utama lambung terhadap pencernaan yang dilakukan lambung itu sendiri. Factor lainnya yang mempengaruhi pertahanan mukosa adalah suplai darah, keseimbangan asam basa, integritas sel mukosa dan regenerasi sel epitel.

- a. Hiperbsekresi asam lambung
- b. Kelemahan barrier mukosa lambung. Apapun yang menurunkan produksi mucus lambung atau merusak mukosa lambung adalah ulserogenik : salisilat, obat anti inflamasi non steroid, alcohol, obat anti inflamasi.

#### 4. Sindrom Zollinger-Ellison

Sindrom ini diidentifikasi melalui temuan : hipersekresi getah lambung, ulkus duodenal, dan gastrinoma dalam pancreas.

#### 5. Ulkus stress

Merupakan istilah yang diberikan pada ulserasi mukosa akut dari duodenal atau area lambung yang terjadi setelah kejadian penuh stress secara fisiologis. Kejadian stress misalnya : luka bakar, syok, sepsis berat dan trauma organ multiple.

### 2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Nurafif, 2015) sebagai berikut :

#### 1. Pemeriksaan tinja

Mikroskopis, pH dan kadar gula jika diduga ada intoleransi gula, biakan kuman untuk mencari kuman penyebab dan uji resistensi terhadap berbagai antibiotik (pada diare persisten)

#### 2. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dianjurkan yaitu pemeriksaan darah rutin berupa hemoglobin, hematocrit, leukosit, trombosit, pemeriksaan hemostasis lengkap untuk mengetahui adanya kelainan hemostasis, pemeriksaan fungsi hati untuk menunjang adanya sirosis hati, pemeriksaan fungsi ginjal untuk

menyingkirkan adanya penyakit gagal ginjal kronis, pemeriksaan adanya infeksi *Helicobacter pylori*.

3. Pemeriksaan esofagogastroduodenoskopi

Merupakan penunjang yang paling penting karena dapat memastikan diagnosis pecahnya varises atau penyebab perdarahan lainnya dari esofagus, lambung dan duodenum.

4. Kontras Barium (radiografi)

Bermanfaat untuk menentukan lesi penyebab perdarahan. Ini dilakukan atas dasar urgensinya dan keadaan kegawatan.

5. Angiografi

Bermanfaat untuk pasien-pasien dengan perdarahan saluran cerna yang tersembunyi dari visual endoskopi.

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pada pasien dengan melena menurut (Bararah, 2013) diantaranya sebagai berikut :

1. Penatalaksanaan medis

a. Resusitasi cairan dan produk darah

- 1) Pasang akses intravena dengan kanul berdiameter besar.
- 2) Lakukan penggantian cairan intravena dengan RL atau normal saline.
- 3) Observasi tanda – tanda vital saat cairan diganti
- 4) Jika kehilangan cairan 1500 ml membutuhkan penggantian darah selain cairan, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan golongan darah dan cross-match.
- 5) Pengguna obat vasoaktif sampai cairan seimbang untuk mempertahankan

tekanan darah dan perfusi organ vital, seperti dopamine, epineprin, dan norefineprine untuk menstabilkan pasien.

b. Mendianosa penyebab pendarahan

- 1) Dilakukan dengan endoskopi fleksibel.
- 2) Pemasangan selang nasogastric untuk mengkaji tingkat pendarahan.
- 3) Pemeriksaan barium (double contrast untuk lambung dan duodenum ).  
Untuk melihat adanya varises pada 1/3 distal esofagus,kardia dan fundus lambung setelah hematesis terjadi.
- 4) Angiografi apabila tidak terkaji melalui endoskopi.

c. Perawatan definitif

1) Terapi endoskopi

Pemeriksaan endoskopi dilakukan sedini mungkin untuk mengetahui secara tepat sumber pendarahan, baik yang berasal dari esofagus, lambung, maupun duodenum

- 2) Skleroterapi merupakan sebuah cara atau metode yang dipakai untuk mengobati varises atau spider veins dengan cara menyuntikan cairan khusus ke pembuluh vena agar menyusut.

3) Bilas lambung

- a) Dilakukan selama periode pendarahan akut
- b) Bilas lambung dengan 1000-2000 ml air atau normal salin steril dalam suhu kamar dimasukkan menggunakan nasogastrotube (NGT) dan kemudian dikeluarkan kembali.
- c) Bila lambung dengan menggunakan es
- d) Irigasi lambung dengan cairan normal saline

e) Pasien akan berisiko mengalami aspirasi lambung karena pemasangan NGT dan peningkatan tekanan intragastrik.

4) Pemberian pitresin

Pemberian pitresin dilakukan apabila bilas lambung atau skleroterapi tidak berpengaruh, obat ini akan menurunkan tekanan vena porta sehingga aliran darah akan menurun dengan dosis 0,2-0,6 unit/mnt. Pitresin juga akan menyebabkan konstriksi pembuluh darah dan menyeimbangkan cairan dalam tubuh.

5) Mengurangi asam lambung

Menurunkan keasaman sekresi lambung dengan histamine (H<sub>2</sub>) antagonistic seperti simetidin, ranitide hidrokloride, famotidine, dan antasida. Dosis tunggal akan menurunkan sekresi asam selama hampir 5jam.

d. Memperbaiki status hipokoagulasi

Pemberian vitamin K dalam bentuk fitonadion (aqua mephyton) 10 mg melalui im atau iv dengan lambat untuk mengembalikan masa protombin menjadi normal.

e. Balon tamponade

Sebaiknya balon tamponade dilakukan sesudah penderita tenang dan kooperatif, sehingga bias dijelaskan prosedur tindakan. Terdapat bermacam – macam balon tamponade antara lain *tube sangsiaken-blakemore*, *minnesoata*, *linton-nachlas* yang mana dapat berfungsi untuk mengontrol pendarahan gastrointestinal bgin atas akibat varises esofagus.

f. Terapi pembedahan

- 1) Reseksi lambung (antrektomi)
- 2) Gastrektomi
- 3) Gastroenrotomi
- 4) Vagotomi
- 5) Operasi dekompresi hipertensi porta

## 2. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan menurut Bararah dan Jauhar (2013) yang dapat dilakukan pada pasien hematemesis melena antara lain sebagai berikut :

### a. Pengaturan posisi

- 1) Pasien dipertahankan istirahat sempurna. Karena gerakan seperti batuk akan meningkatkan tekanan intra abdomen sehingga perdarahan berlanjut.
- 2) Meninggikan bagian kepala tempat tidur untuk mengurangi aliran darah ke system porta dan mencegah refluk ke dalam esofagus.

### b. Pemasangan NGT

Tujuannya adalah untuk aspirasi cairan lambung, bilas lambung dengan air, serta pemberian obat-obatan seperti antibiotic untuk menetralsir lambung.

### c. Bilas lambung

NGT harus diirigasi setiap 2 jam untuk memastikan kepatenannya dan menilai perdarahan serta menjaga agar lambung tetap kosong. Darah tidak boleh dibiarkan berada dalam lambung karena akan masuk ke intestine dan bereaksi dengan bakteri menghasilkan ammonia yang akan diserap ke dalam aliran darah dan akan menimbulkan kerusakan pada otak.

### d. Pengaturan diit



Pasien dianjurkan untuk berpuasa sekurang-kurangnya sampai 24 jam setelah perdarahan berhenti. Penderita mendapat nutrisi secara parenteral total sampai perdarahan berhenti, dapat diberikan diit makanan cair. Terapi total parenteral yang dapat digunakan seperti tutofusion 500 ml, trifusin E 1000, dan aminofusin hepar L 600.

## **2.2 Konsep Ulkus Duodenum**

Ulkus duodenum adalah luka yang terbentuk di lapisan duodenum. Duodenum adalah bagian pertama dari usus kecil, bagian dari sistem pencernaan yang dilalui makanan langsung setelah meninggalkan perut.

Ulkus duodenum secara anatomis didefinisikan sebagai suatu efek mukosa/submukosa yang berbatas tegas dapat menembus muskularis mukosa sampai lapisan serosa sehingga dapat terjadi perforasi. Secara klinik, suatu tukak adalah hilangnya epitel superficial atau lapisan lebih dalam dengan diameter > 5 mm yang dapat diamati secara endoskopi atau radiologis. Akil H.A.M 2014

## **2.3 Konsep Gastritis**

### **2.3.1 Definisi**

Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus maupun lokal. Dua jenis gastritis yang sering terjadi adalah gastritis superfical akut, dan gastritis atrofik kronis (Wilkins, 2011)

Gastritis merupakan peradangan lokal pada lambung, yang berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi dengan bakteri atau bahan iritan lainnya (Rafani, 2015).

### 2.3.2 Etiologi

Gastritis disebabkan oleh infeksi kuman *helicobacter pyloridan* pada awal infeksi mukosa lambung menunjukkan respons inflamasi akut dan jika diabaikan akan menjadi kronik

klasifikasi gastritis: (wim de jong et al. 2016) :

#### 1. Gastritis Akut

- a Gastritis akut tanpa pendarahan
- b Gastritis akut dengan pendarahan (gastritis hemoragik atau gastritis erosiva)

Gastritis akut berasal dari makanan terlalu banyak atau terlalu cepat, makanan yang terlalu berbumbu atau yang mengandung mikroorganisme penyebab penyakit, iritasi bahan semacam alcohol, NSAID, isol, serta bahan korosif lain, refluks empedu atau cairan pankreas.

#### 2. Gastritis Kronik

Inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus beningna atau maligna dari lambung, atau oleh bakteri *helicobacter pylori* (*H.pylori*).

#### 3. Gastritis Bacterial

Gastritis bacterial yang disebut juga gastritis infektosa, disebabkan oleh refluks dari duodenum.

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan pada Hematemesis Melena**

### **2.2.1 Pengkajian**

1. Identifikasi Pasien
2. Riwayat Kesehatan
  - a. Keluhan Utama

Pasien dengan hematemesis melena perlu ditanyakan tentang pendarahan yang timbul apakah mendadak dan banyak, atau sedikit tetapi terus menerus, apakah timbul perdarahan yang berulang, serta sebelumnya pernah mengalami perdarahan atau tidak. Biasanya pasien akan mengeluh muntah darah yang tiba-tiba dalam jumlah yang banyak, berwarna kehitaman dan tidak membeku. Karena sudah tercampur dengan asam lambung, nyeri pada area epigastrium apabila mengalami tukak lambung, namun apabila disebabkan karena pecahnya varises esofagus tidak mengeluh nyeri atau pedih pada epigastrium, BAB berwarna gelap, dan badan terasa lemah akibat kehilangan banyak darah (Hadi, 2013).

- b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat perjalanan penyakit merupakan cerita yang kronologis, terinci dan jelas mengenai keadaan kesehatan pasien sejak sebelum keluhan utama sampai pasien datang berobat. Biasanya pasien akan mengalami nyeri pada daerah epigastrium, namun pada pasien dengan penyebab varises esofagus biasanya tidak mengalami nyeri, mual, muntah darah dengan warna yang gelap atau lebih terang dengan volume yang banyak, biasanya dengan frekuensi sering dan tiba-tiba, BAB berdarah dengan warna lebih gelap, pusing, sesak nafas, dan badan terasa lemah. Pasien

juga akan terlihat pucat, membrane mukosa kering dan pucat, turgor kulit buruk, intake dan output cairan tidak seimbang.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu bertujuan untuk mengetahui kemungkinan-kemungkinan adanya hubungan antara penyakit yang pernah diderita dengan penyakit sekarang. Tanyakan pula apakah pasien pernah mengalami kecelakaan, menderita penyakit yang berat dan menjalani operasi tertentu, riwayat alergi obat dan makanan, lama perawatan, apakah sembuh sempurna atau tidak. Obat-obat yang pernah dikonsumsi seperti steroid, kontrasepsi, transfuse, kemoterapi, dan apabila pasien pernah mengalami pemeriksaan maka harus dicatat dengan seksama hasilnya.

Biasanya pada pasien yang mengalami hematemesis dan melena memiliki riwayat penyakit hepatitis, penyakit hati menahun, sirosis, penyakit lambung, pemakaian obat-obatan ulseroganik, alkoholisme, dan penyakit darah seperti leukemia, hemophilia, dan ITP (Sutrisno, 2013)

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga penting untuk mencari kemungkinan penyakit heredier atau penyakit infeksi. Riwayat keluarga yang mengalami kelainan pada system pencernaan, seperti kanker lambung, gastritis, atau penyakit penyerta yang dapat memperburuk kondisi seperti penyakit darah dan penyakit pada hati seperti hepatitis dan sirosis. Kemudian dikaji juga kebiasaan anggota keluarga yang memicu penyakit ini seperti alcohol.

### 3. Pemeriksaan Fisik

#### a. Keadaan Umum

Sebelum melakukan pemeriksaan fisik, dapat diperhatikan bagaimana keadaan umum pasien melalui ekspresi wajahnya dan tanda-tanda spesifik lainnya. Keadaan umum pasien dapat dibagi atas tampak sakit ringan, sakit sedang atau sakit berat. Keadaan umum pasien seringkali dapat menilai apakah keadaan pasien dalam keadaan darurat atau tidak seperti menilai apakah pasien sudah memperlihatkan tanda-tanda syok atau belum. Biasanya keadaan umum pasien dengan hematemesis melena lemah karena kekurangan cairan dalam jumlah yang cukup banyak.

#### b. Kesadaran

Kesadaran pasien dapat diperiksa secara inpeksi dengan melihat reaksi pasien yang wajar terhadap stimulus visual, auditor maupun taktil. Seorang yang sadar dapat tertidur tetapi akan bangun apabila dirangsang. Biasanya pasien akan datang dengan tingkat kesadaran yang baik namun beberapa juga datang dengan kesadaran menurun atau sinkop. Sinkop merupakan penurunan kesadaran sementara yang berhubungan dengan penurunan aliran darah di otak. Sinkop berhubungan dengan kolaps postural dan dapat menghilang tanpa gejala sisa. Pasien sirosis hepatis dengan perdarahan cenderung mengalami koma hepaticum.

#### c. Tanda-Tanda Vital

Biasanya terjadi penurunan tekanan nadi, penurunan tekanan darah, peningkatan frekuensi pernafasan serta peningkatan suhu tubuh akibat kekurangan cairan. Tanda-tanda vital perlu diperhatikan guna menilai

tanda-tanda syok dan anemia pada pasien sehingga apabila pasien sudah syok perlu diberikan pertolongan untuk mengatasi syoknya.

d. Pemeriksaan B1-B6

Pemeriksaan head to toe menurut (Bararah, 2013) yang didapatkan pada pasien hematemesis melena sebagai berikut :

1) *Airway*

Pastikan jalan nafas klien tidak mengalami sumbatan.

*Look* : Inspeksi pergerakan dada

*Listen* : Suara Nafas (Normal : Vesikuler, Bronchovesikuler, Bronchial dan Trakial)

*Feel* : Rasakan hembusan nafas klien di pipi pemeriksaan

2) B1 (*Brathing*) Sistem Pernafasan

Inspeksi : Bentuk dada (normochest, barellchest, pigeonchest, atau punelchest). Pola nafas normalnya 12-24 x/menit, Bradipnea/nafas lambat (Abnormal) frekuensinya <12 x/menit, Takipnea/nafas cepat dan dangkal (Abnormal) frekuensinya >24 x/menit. Cek penggunaan otot bantu nafas, normalnya tidak terlihat. Cek pernafasan cuping hidung, normalnya tidak ada. Cek penggunaan alat bantu nafas.

Palpasi : Vocal premitus, normal teraba getaran di seluruh lapang paruh.

Perkusi Dada: Sonor, Hipersonor

Auskultasi: Suara nafas (Normal : Vesikuler, Bronchovesikuler, Bronchial dan Trakeal). Suara nafas tambahan (Abnormal) : wheezing Stridor, Gargling.

### 3) B2 (*Blood*) Sistem Peredaran Darah

Inspeksi : CRT, normal < 2 detik, abnormal > 2 detik, adakah sianosis di sekitar bibir klien, cek konjungtiva.

Palpasi : Akral klien, normalnya hangat, kering, merah, frekuensi nadi, normalnya 60-100 x/menit, tekanan darah, normalnya 100/80 mmHg.

### 4) B3 (*Brain*) Sistem Persyarafan

cek tingkat kesadaran klien, untuk menilai tingkat kesadaran dapat digunakan suatu skala (secara kuantitatif) pengukuran yang disebut dengan glasgow coma scale (gcs). gcs memungkinkan untuk menilai secara obyektif respon pasien terhadap lingkungan. komponen yang dinilai adalah : respon terbaik buka mata, respon verbal, dan respon motorik (e-v-m). Nilai kesadaran pasien adalah jumlah nilai-nilai dari ketiga komponen tersebut. Tingkat kesadaran adalah ukuran dari kesadaran dan respon seseorang terhadap rangsangan dari lingkungan, tingkat kesadaran (secara kualitatif) dibedakan menjadi:

- a) compos mentis (conscious), yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya.
- b) apatis, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh
- c) delirium, yaitu gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berhayal.
- d) somnolen (obtundasi, letargi), yaitu kesadaran menurun, respon

psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal.

- e) stupor, yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri.
- f) coma, yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya).

**pemeriksaan reflek :**

- a) reflek bisep: ketukan jari pemeriksa pada tendon muskulus biceps brachii, posisi lengan setengah ditekuk pada sendi siku.  
respon: fleksi lengan pada sendi siku.
- b) reflek patella: ketukan pada tendon patella. respon: ekstensi tungkai bawah karena kontraksi muskulus quadriceps femoris.

nervus 1 (olfaktorius) : tes fungsi penciuman (pasien mampu mencium bebauan di kedua lubang hidung).

nervus 2 (optikus) : tes fungsi penglihatan (pasien mampu membaca dengan jarak 30 cm (normal)).

nervus 3, nervus 4, nervus 6 (okulomotorius, trokhlearis, abduksen):

pasien mampu melihat ke segala arah (normal) nervus 5 (trigeminus):

- a) sensorik : pasien mampu merasakan rangsangan di dahi, pipi dan dagu (normal).
- b) motorik : pasien mampu mengunyah (menggeretakan gigi) dan otot masseter (normal).



nervus 7 (facialis):

a. sensorik : pasien mampu merasakan rasa makanan (normal).

b. motorik : pasien mampu tersenyum simetris dan mengerutkan dahi (normal).

nervus 8 (akustikus) : tes fungsi pendengaran (rine dan weber).

nervus 9 (glososfaringeus) dan n10 (vagus) : pasien mampu menelan dan ada refleks muntah (normal).

nervus 11 (aksesorius) : pasien mampu mengangkat bahu (normal).

nervus 12 (hipoglosus): pasien mampu menggerakkan lidah ke segala arah (normal).

#### 5) B4 (*Bladder*) Sistem Perkemihan

Inspeksi : Integritas kulit alat kelamin (penis/vagina), normalnya warna merah muda, tidak ada fluor albus/leukorea (keputihan patologis pada perempuan), tidak ada hidrokkel (kantung yang berisi cairan yang mengelilingi testis yang menyebabkan pembengkakan skrotum).

Palpasi : Tidak ada distensi kandung kemih. tidak ada distensi kandung kemih.

#### 6) B5 (*Bowel*) Sistem Pencernaan

Inspeksi : Bentuk abdomen simetris, tidak ada distensi abdomen, tidak accites, tidak ada muntah.

Auskultasi: Peristaltik usus, normal 10-30 x/menit.

#### 7) B6 (*Bone*) Sistem Muskuluskeletal dan Integumen

Inspeksi : warna kulit sawo matang, pergerakan sendi bebas dan kekuatan otot penuh, tidak ada fraktur, tidak ada lesi

Palpasi : turgor kulit elastis

#### 4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menegakkan penyebab diagnosis pada pasien hematemesis melena menurut Hadi (2013) diperlukan pemeriksaan penunjang diantaranya adalah :

##### a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Hitung darah lengkap, untuk mengetahui penurunan Hb, Ht, jumlah eritrosit dan peningkatan leukosit
- 2) Profil hematologi, untuk mengetahui perpanjangan masa protombin dan tromboplastin, biasanya terjadi peningkatan
- 3) Pemeriksaan kimia darah biasanya menunjukkan peningkatan kadar BUN, natrium, total bilirubin dan ammonia, serta penurunan kadar albumin
- 4) Elektrolit, untuk mengetahui penurunan kalium serum, peningkatan natrium, glukosa serum, dan laktat
- 5) Gas darah arteri, untuk mengetahui terjadinya alkalosis respiratori dan
- 6) hipoksemia, serta gangguan keseimbangan asam basa lainnya
- 7) Test faal hati untuk, mengetahui kelainan fungsi hati apabila penderita mengalami sirosis hepatis dengan pecahnya varises esofagus
- 8) Test faal ginjal, untuk mengetahui ada tidaknya kelainan fungsi ginjal

##### b. Pemeriksaan Radiologis

- 1) Dilakukan dengan pemeriksaan esopagogram untuk darah esofagus dan double contrast untuk lambung dan duodenum
- 2) Pemeriksaan tersebut dilakukan pada berbagai posisi pada terutama 1/3

distal esofagus, kardia, dan fundus lambung untuk mengetahui ada tidaknya varises sedini mungkin setelah hematemesis melena berhenti

c. Pemeriksaan Endoskopi

- 1) Untuk menentukan asal dan sumber pendarahan
- 2) Keuntungan lain yaitu dapat diambil foto aspirasi cairan dan biopsy untuk pemeriksaan sitopatologik, pemeriksaan dilakukan sedini mungkin setelah hematemesis melena berhenti.

### **2.2.2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis masalah keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan melena berdasarkan (Tim Pokja, 2017) yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan
4. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan HB
5. Nausea berhubungan dengan Iritasi Lambung

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<b>Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis</b>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Tingkat nyeri menurun 2. Keluhan nyeri menurun 3. Ekspresi Meringis menurun 4. Gelisah menurun	1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. identifikasi skala nyeri 3. berikan teknik nonfarmakologis 4. fasilitasi istirahat dan tidur 5. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri 6. kolaborasi pemberian analgetk, jika perlu	1. Untuk mengetahui daerah dan bagaimana nyeri dirasakan 2. Untuk mengetahui seberapa nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk mengurangi rasa nyeri bila muncul 4. Agar pasien merasa nyaman dan nyeri berkurang 5. Agar pasien bisa melakukan teknik nonfarmakologis secara mandiri bila nyeri muncul 6. Untuk pemberian terapi pada pasien
2.	<b>Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan</b>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Maka defisit nutrisi meningkat dengan kriteria hasil :	1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan 3. Fasilitasi menentukan pedoman diet	1. Untuk mengetahui nutrisi yang diperlukan pasien 2. Untuk mengetahui seberapa banyak pasien makan

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan meningkat</li> <li>2. Mual dan muntah menurun</li> <li>3. Nyeri abdomen menurun</li> <li>4. Darah pada feses menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Anjurkan posisi duduk jika mampu</li> <li>5. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Untuk membantu dan menentukan asupan yang diperlukan pasien</li> <li>4. Agar memudahkan dan melancarkan saat makanan masuk</li> <li>5. Agar pemberian terapi medikasi tepat sesuai pemakain</li> </ol>
<b>3.</b>	<b>Intoleransi aktivitas b.d kelemahan</b>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan Maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>2. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</li> <li>3. Keluhan lelah menurun</li> <li>4. Perasaan lemah menurun</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> <li>6. Frekuensi nafas membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>4. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> <li>5. Anjurkan tirah baring</li> <li>6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>7. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>8. Ajarkan strategi koping untuk</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang bisa mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Untuk mengetahui lokasi dan ketidaknyamanan selama beraktivitas</li> <li>3. Agar pasien bisa merasa tenang selama merasa kesakitan</li> <li>4. Agar pasien dapat menyesuaikan dirinya</li> <li>5. Agar mengurangi pergerakan</li> <li>6. Agar pasien tidak melakukan aktivitas yang berlebihan</li> <li>7. Agar menghindari kejadian yang tidak diinginkan</li> <li>8. Untuk menghindari pasien beraktivitas berlebihan</li> </ol>

			mengurangi kelelahan	
4.	<b>Perfusi Perifer tidak efektif b.d penurunan kadar HB</b>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Maka perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Denyut nadi meningkat 2. Kelemahan otot menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik	1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Melakukan pencegahan infeksi 4. Edukasi proses penyakit 5. Edukasi pola hidup sehat	1. Untuk mencegah kekurangan / perubahan sirkulasi perifer. 2. Untuk mengetahui factor risiko gangguan pada sirkulasi 3. Untuk membantu mengurangi penyebaran infeksi 4. Untuk mengetahui tanda proses penyakit 5. Agar pasien menerapkan pola hidup sehat
5.	<b>Nausea b.d iritasi lambung</b>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Maka Tingkat Nausea Menurun 1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingn muntah menurun 3. Diaphoresis meningkat 4. Takikardi membaik	1. Identifikasi factor penyebab mual 2. Monitor mual (mis. Frekusensi, durasi, dan tingkat keparahan) 3. Kendalikan factor lingkungan penyebab mual 4. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 5. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengtasi mual	1. Untuk mengetahui factor apa saja yang dapat menyebabkan mual 2. Untuk mengetahui frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan nyeri yang dirasakan 3. Untuk mengetahui factor lingkungan yang menyebabkan mual 4. Agar pasien bisa beristirahat dan tidur yang cukup

			6. Kolaborasi pemberian antiemetik	5. Agar pasien bisa mengatasi mual dengan teknik nonfarmakologis 6. Untuk mengurangi mual dan muntah
--	--	--	------------------------------------	---

Sumber, (Tim Pokja, 2017)

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Karya tulis ilmiah ini mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Hematemesis Melena, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 januari sampai 22 januari dengan data pengkajian pada tanggal 18 januari 2022 jam 08.00 WIB. Anamnesa di peroleh dari wawancara dengan pasien, keluarga pasien dan file No Register 68xxxx sebagai berikut

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang laki-laki bernama “Tn.S” usia 56 tahun, beragama islam, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Indonesia dan Jawa. Pasien adalah seorang suami dari “Ny R” berusia 48 tahun. Pasien bertempat tinggal di Sidoarjo, Pendidikan terakhir pasien SMA, Pekerjaan pasien sebagai wiraswasta, Penanggung jawab BPJS, Pasien dikaruniai lima orang anak, Pasien dan istri tinggal serumah dengan dua anaknya.

##### **3.1.2 Keluhan Utama**

Pasien mengatakan nyeri pada area anus

##### **3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien mengatakan saat dirumah merasakan mual dan muntah, sehingga pasien enggan untuk makan dan badan terasa lemas. Pada tgl 04-01-2022 jam 08.00 pasien sempat rawat inap selama 3 hari di RS Gunungsari dan BAB berwarna hitam. Namun setelah pulang pasien kembali mengeluh mual,muntah dan badan lemas. Pada tgl 14-01-2021 jam 17.00 Px dibawa ke IGD RSPAL Dr.Ramelan dan dilakukan screening



covid 19 dan hasil negative, kemudian dilakukan tindakan medis TTV, TD: 130/78 mmHg N: 80 x/menit RR: 20 x/menit S: 36,6° C lalu diberikan terapi inf NS 14 tpm, inj omeprazole 50mg IV, inj asam tranexamat 500mg IV, kemudian pasien dipindah ke ruang B2 pada tgl 15-01-2022 jam 09.00 dan selama 2 hari pasien mendapatkan transfusi darah PRC. Saat pengkajian pasien mengatakan nyeri di area anus dan area abdomen, tampak meringis, mual, nafsu makan menurun.

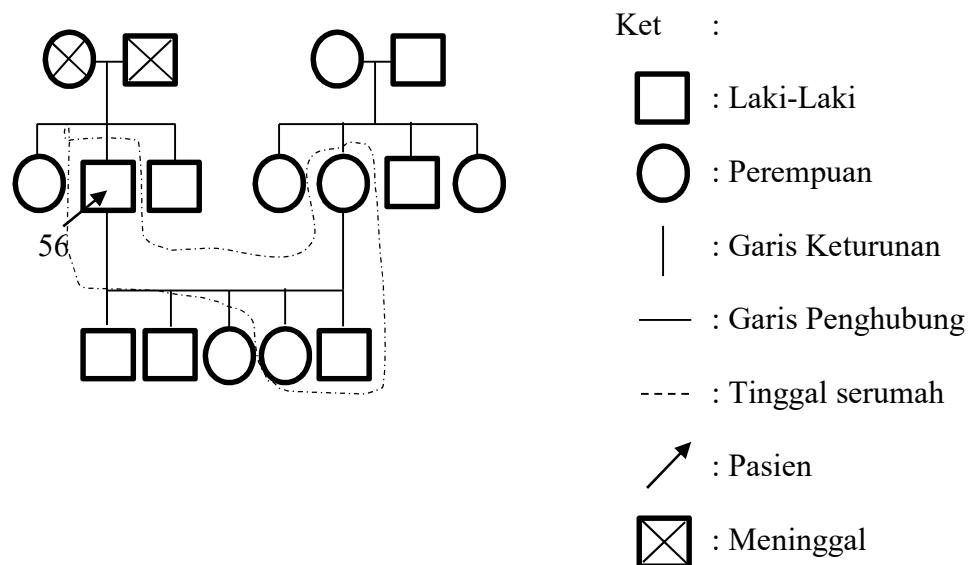
### 3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit DM, Hipertensi dan sirosis hepatis.

### 3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan orang tua ibu/ayah pasien tidak pernah mengalami riwayat penyakit DM, Hipertensi, Sirosis hepatis dan penyakit yang sama seperti pasien.

### 3.1.6 Genogram



Gambar 3 Genogram Tn.S

### 3.1.7 Pengkajian Persistem

Keadaan umum pasien sadar penuh, kesadaran compos mentis observasi tanda-tanda vital Tensi 130/80 mmHg, Nadi 80x/mnt, RR 20x/mnt, Suhu 36,6°C, GCS E:4 M:5 V:6 total 15. Tinggi badan 163 cm, berat badan sebelum masuk rumah sakit 57 kg, berat badan saat pengkajian 57 kg.

#### 1. B1 Sistem Pernafasan (*Breathing*)

Pada sistem pernafasan, ditemukan kesimetrisan rongga dada normal, pasien tidak sesak nafas, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, taktil fremitus teraba di semua lapang paru, suara nafas vesikuler, irama nafas reguler, dan pola nafas eupnea.

#### 2. B2 Sistem Kardiovaskular (*Blood*)

Ictus cordis teraba mid clavicular line sinistra setinggi ICS 4-5, tidak terdapat nyeri dada pasien, irama jantung pasien reguler, CRT <2 detik, tidak terdapat odema, akral pasien terasa hangat, hepar tidak teraba pembesaran dan tidak terdapat pendarahan.

#### 3. B3 Sistem Persyarafan (*Brain*)

Nervus Kranial

Nervus Kranial I : Tn.S dapat membedakan aroma

Nervus Kranial II : Tn.S dapat melihat dengan normal

Nervus Kranial III : Tn.S dapat menggerakkan bola mata ke atas, kiri, kanan, bawah dengan baik

Nervus Kranial IV : Tn.S dapat menggerakkan bola mata memutar dengan normal

- Nervus Kranial V : Kulit kepala Tn.S bersih dan kelopak mata pasien dapat digerakkan dengan normal
- Nervus Kranial VI : Tn.S dapat menggoyakan bagian mata
- Nervus Kranial VII : Tn.S dapat menggerakkan lidah dan tersenyum
- Nervus Kranial VIII : Tn.S dapat mendengarkan dengan baik
- Nervus Kranial IX : Tn.S dapat merasakan makanan dengan baik
- Nervus Kranial X : Tn.S mampu menelan secara pelan
- Nervus Kranial XI : Tn.S dapat menggerakkan leher kekanan dan ke kiri
- Nervus Kranial XII : Tn.S mampu menggerakkan lidah sebelah kiri

**4. B4 Sistem Perkemihan (*Blader*)**

Sistem perkemihan pasien sebelum masuk rumah sakit mengeluarkan urine sebanyak 3-4 x/hari dengan volume cairan 800 cc dengan warna kuning, masuk rumah sakit 3 x/hari dengan volume 600 cc warna kuning tidak terdapat distensi kandung kemih.

**5. B5 Sistem Pencernaan (*Bowel*)**

Terdapat nausea, pasien tidak memiliki gigi palsu, membran mukosa lembab, diit makanan MRS diit nasi tahu lunak caca, tidak nafsu makan, porsi makan pasien 3x/hari per porsi 7-10 sendok, frekuensi minum 4x/hari, bentuk abdomen flat, tidak terdapat distensi abdomen, hepar tidak teraba perbesaran, tidak terdapat nyeri abdomen, eliminasi alvi SMRS frekuensi 1x/hari konsistensi cair warna hitam dan eliminasi alvi MRS frekuensi 1x/hari konsistensi seperti bubur berampas warna kuning, terdapat nyeri dibagian anus.

**6. B6 Sistem Muskuloskeletal & Integumen**

ROM pada pasien bebas, tidak ada fraktur, tidak ada lesi, turgor kulit elastis

pasien tampak lemas dan lelah.

5	5
5	5

**7. Sistem Endokrin**

Tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada hiperglikemia/hipoglikemia.

**8. Seksual Reproduksi**

Pasien adalah seorang laki-laki tidak pernah melakukan pemeriksaan testis sendiri.

**9. Kemampuan Perawatan Diri**

**Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan diri Tn.S**

	SMRS	MRS	Skor :
Mandi	1	3	<b>1. Mandiri</b> <b>2. Alat Bantu</b> <b>3. Dibantu orang lain dan alat</b> <b>4. Tergantung/tidak mampu</b>
Berpakaian/Dandan	1	3	
Toileting/Eliminasi	1	3	
Mobilitas di tempat tidur	1	3	
Berpindah	1	3	
Berjalan	1	3	
Naik Tangga	1	-	
Berbelanja	1	-	
Memasak	-	-	
Pemeliharaan Rumah	1	-	

## 10. Personal Hygiene

Sebelum masuk rumah sakit : mandi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, pasien keramas : 2 hari sekali, oral hygiene : 2x/hari, memotong kuku : 2 minggu sekali, saat masuk rumah sakit : pasien diseka dibantu oleh istrinya, oral hygiene : 1x/hari, keramas : tidak pernah, memotong kuku : tidak pernah.

## 11. Istirahat Tidur

Pola istirahat tidur sebelum masuk rumah sakit, pasien mengatakan tidur nyenyak 8 jam dan waktu istirahat cukup, saat masuk rumah sakit pasien mengatakan tidak ada masalah tidur, tidur siang 3 jam dan malam 8 jam.

## 12. Kognitif Perseptual-Sosio-Spiritual

Persepsi pasien terhadap sehat sakit ‘pasien menyadari akan penyakitnya, pasien menerima kondisi sakitnya saat ini dan pasien meminta kesembuhan kepada Allah agar cepat sembuh dan bisa segera pulang”

Knsep Diri :

- a. Gambaran diri : Pasien menyukai seluruh anggota tubuhnya dan mensyukuri apa yang dimilikinya
- b. Ideal diri : Pasien mengatakan berharap agar bisa cepat pulang
- c. Harga diri : Pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas atas penyakitnya
- d. Identitas diri : Pasien merupakan seorang laki-laki
- e. Peran : Pasien merupakan seorang ayah, suami dan kepala rumah tangga

Kemampuan bicara pasien baik dan normal, bahasa yang digunakan sehari hari

yaitu bahasa jawa dan bahasa indonesia., pasien menerima sakitnya sebagai ujian dari tuhan, pasien tidak ansietas, aktivitas sehari-hari bekerja, menonton tv, bersih-bersih rumah, sesekali bertamasya untuk merelaxkan diri, kegiatan olahraga pasien berjalan-jalan pagi hari, sistem pendukung pasien adalah keluarga, hubungan pasien dengan orang lain baik, kegiatan ibadah pasien selama di rumah sakit pasien tetap menjalankan sholat 5 waktu.

### 3.1.8 Pemeriksaan Penunjang

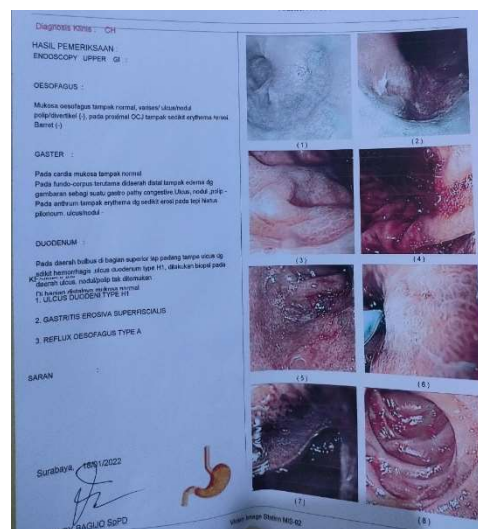
#### 1. Laboratorium

**Tabel 3.2 Hasil laboratorium Tn.S, 17-01-2022**

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah lengkap</b>			
<b>Leukosit</b>	<b>H 10.72</b>	$10^3/\mu\text{l}$	4.00-10.00
Hitung Jenis Leukosit :			
Eosinofil#	0.16	$10^3/\mu\text{l}$	0.02-0.50
Eosinofil%	1.50	%	0.5-5.0
Basofil#	0.06	$10^3/\mu\text{l}$	0.00-0.10
Basofil%	0.5	%	0.0-1.0
Neutrofil#	<b>H 8.38</b>	$10^3/\mu\text{l}$	2.00-7.00
Neutrofil%	<b>H 78.20</b>	%	50.0-70.0
Limfosit#	1.53	$10^3/\mu\text{l}$	0.80-4.00
Limfosit%	<b>L 14.30</b>	%	20.0-40.0
Monosit#	0.59	$10^3/\mu\text{l}$	0.12-1.20
Monosit%	5.50	%	3.0-12.0
IMG#	0.46	$10^3/\mu\text{l}$	0.00-999.99
IMG%	4.30	%	0.00-100.0
<b>Hemoglobin</b>	<b>L 10.00</b>	g/dl	13-17
Hematokrit	<b>L 30.70</b>	%	40.0-54.0
<b>Eritrosit</b>	4.17	$10^6/\mu\text{l}$	4.00-5.50
Indeks Eritrosit			
MCV	<b>L 73.7</b>	fmol/cell	80-100
MCH	<b>L 23.9</b>	Pg	26-34
MCHC	32.4	g/dl	32-36
ROW CV	<b>H 18.8</b>	%	11.0-16.0
ROW SD	48.8	fl	35.0-56.0

<b>Trombosit</b>	<b>H 615.00</b>	$10^3/\mu\text{l}$	150-450
Indeks Trombosit			
MPV	7.8	fl	6.5-12.0
PDW	15.1	%	15-17
PCT	<b>L 0.478</b>	$10^3/\mu\text{l}$	1.08-2.82
P-LCC	71.0	$10^3/\mu\text{l}$	30-90
P-LCR	11.5	$10^3/\mu\text{l}$	11.0-45.0
<b>Kimia Klinik</b>			
<b>Fungsi Hati</b>			
Total Protein	6.30	g/dl	6.0-8.0

## 2. Endoskopi



Gambar 4 Hasil Endoskopi pada Tn.S

## 3. Penatalaksanaan

Tabel 3.3 Terapi obat Tn.S 18-01-2022

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1.	Antrain 1 amp/ 1 gr	1 x 2,5 gr	IV	Meringankan rasa sakit,nyeri
2.	Allopurinol 300 mg	1x300 mg	Oral	Mencegah gout(asam urat)
3.	Midazolam 5 mg	4mm 1	IV	Untuk mengatasi rasa cemas, dan tubuh menjadi rileks
4.	NS 500ml	1x1	IV	Mengganti cairan isotonic yang hilang

5.	Lactulac syr	3dd 1	Syr	Melancarkan BAB
6.	Ondancentron 4mg	1x1	Oral	Mencegah mual dan muntah
7.	Omeprazole 20mg	1x1	IV	Mengurangi kadar asam lambung

### 3.2 Diagnosis Keperawatan

#### 3.2.1 Prioritas Masalah

**Tabel 3.5 Prioritas Masalah pad Tn.S**

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	18/01/2022		<i>Alit</i>
2.	Nausea b.d iritasi lambung	18/01/2022		<i>Alit</i>
3.	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	18/01/2022		<i>Alit</i>



### 3.2.2 Analisis Data

**Tabel 3.4 Analisis data pada Tn.S**

No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1.	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di area dubur</li> <li>P-saat beraktivitas</li> <li>Q-di tekan-tekan</li> <li>R-bagian dhubur</li> <li>S-skala 7</li> <li>T-muncul saat duduk dan BAB</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis saat posisi duduk</li> <li>- Leukosit 10.72<math>\mu</math>L (Normal : 4.00 – 10.00)</li> <li>- Tanda – tanda Vital</li> <li>TD : 130/78 mmHg</li> <li>N : 80 x/menit</li> <li>RR : 20 x/menit</li> <li>- Hasil endoskopi tgl 18-01-2022 : ulkus duodenum, gastritis erosive</li> </ul>	Agen pencedera fisiologis	<p><b>Nyeri Akut</b>  <b>SDKI.D.007.HAL17</b>  <b>2</b></p>
2.	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mual setelah makan</li> <li>- Pasien mengatakan tidak nafsu makan</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan</li> </ul>	Iritasi lambung	<p><b>Nausea</b>  <b>SDKI.D.0076.HAL1</b>  <b>70</b></p>
3.	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan saat duduk/berpindah posisi,</li> </ul>	Nyeri	<p><b>Gangguan mobilitas fisik</b></p>

	merasakan nyeri pada bagian dubur		<i><b>SDKI.D.0054.HALI 24</b></i>
<b>DO :</b>	- Fisik terlihat lemah pasien terlihat pucat		

### 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

**Tabel 3.6 Rencana Keperawatan pada Tn.S**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<b>Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis</b>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam Maka tingkat nyeri menurun Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 4. Fasilitasi istirahat dan tidur 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 6. Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik Antrain 1x2 (500mg)	1. Untuk mengetahui lokasi nyeri pada pasien 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien 3. Untuk mengalihkan rasa nyeri yang dirasa 4. Agar pasien dapat istirahat meredakan nyeri 5. Agar pasien mampu secara mandiri untuk mengontrol nyeri yang dirasakan 6. Untuk mengatasi rasa nyeri
2.	<b>Nausea b.d iritasi lambung</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam Maka fungsi gastrointestinal membaik dengan kriteria hasil 1. nafsu makan meningkat 2. mual menurun 3. nyeri abdomen menuru 4. konsistensi feses membaik	1. identifikasi pengalaman mual 2. monitor asupan nutrisi dan kalori 3. kendalikan factor lingkungan penyebab mual	1. agar mengetahui seberapa sering pasien mengalami mual 2. untuk mengetahui intake asupan nutria pasien

			<ol style="list-style-type: none"> <li>4. anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>5. kolaborasi dengan dokter pemberian ondancentron 1x2 (4mg)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. agar pasien bisa mengendalikan mualnya</li> <li>4. agar pasien mencukupi kebutuhan tidurnya</li> <li>5. untuk mencegah mual</li> </ol>
3.	<b>Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. nyeri menurun</li> <li>2. gerakan terbatas menurun</li> <li>3. kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> <li>3. fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Untuk mengetahui ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas</li> <li>3. Agar pasien merasa nyaman ketika sedang istirahat dan tidur</li> <li>4. Untuk mengurangi nyeri</li> </ol>

### 3.4 Implementasi Keperawatan

**Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan pada Tn.S**

No Dx	Waktu (Tgl & jam)	Tindakan	TT	Catatan Perkembangan (SOAP)
1,2,3	18/01/2022 07:00	Membina hubungan saling percaya : mengucap salam dan menanyakan keluhan pasien dengan hasil, pasien mengeluh nyeri, merasa mual dan sulit beraktivitas karena nyeri	<i>Aluif</i>	<b>DX 1. Nyeri akut</b> S : - Pasien mengatakan merasa nyeri di area dubur dengan skala 8 (1-10), muncul saat BAB dan posisi duduk
1	08:00	Mengkaji tingkat nyeri pasien dengan hasil, P : saat beraktivitas Q : ditekan-tekan R : bagian anus S : skala 8 T : saat duduk dan BAB	<i>Aluif</i>	O : - Melakukan observasi TTV TD: 130/78 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 20 x/menit - Pasien masih meringis kesakitan A: - Tujuan tercapai sebagian P :
2	08:00	Mengkaji rasa dan pengalaman mual/muntah dengan hasil : pasien masih merasa mual setelah makan	<i>Aluif</i>	- Lanjutkan Intervensi no. 1,2,3,4,5,6
1,2,3	08.00	Mengobservasi tanda vital dengan hasil, TD : 130/78 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 20 x/menit		<b>DX 2. Nausea</b> S : - Pasien mengatakan mual tidak muntah dan tidak nafsu makan
1	08.20	Memberikan obat antrain 2,5 gr jalur IV	<i>Aluif</i>	O : - Makan siang pasien, makan sekitar 10 sendok suapan A :

1	<b>08.20</b>	Membantu pasien posisi nyaman dengan memposisikan semi fowler	<i>Aluif</i>	- Tujuan tercapai sebagian P :
1	<b>08.30</b>	Mengajarkan pasien untuk relaksasi nafas dalam	<i>Aluif</i>	- Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5
1	<b>10.00</b>	Mengantarkan pasien endoscopy tgl 18-01-2022	<i>Aluif</i>	<b>DX 3. Gangguan mobilitas fisik</b> S :
2	<b>10.10</b>	Menganjurkan untuk makan sedikit tapi sering	<i>Aluif</i>	- pasien mengeluh lemas O :
2	<b>10.20</b>	Memonitor asupan makanan	<i>Aluif</i>	- pasien tampak terlihat lemah - TD : 132/80 mmHg, N : 82, RR : 20 x/menit, S : 36,2° C - aktivitas dibantu oleh keluarga A :
1	<b>10.20</b>	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	<i>Aluif</i>	- Tujuan tercapai sebagian P :
1,2,3	<b>12.40</b>	Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 132/80 mmHg, N : 82, RR : 20 x/menit, S : 36,2° C	<i>Aluif</i>	- Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4
1,3	<b>13.00</b>	Menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur	<i>Aluif</i>	
1,2,3	19/01/2022 <b>07.00</b>	Mengikuti timbang terima	<i>Aluif</i>	<b>DX 1. Nyeri akut</b> S :
1	<b>08.00</b>	Melihat kondisi pasien, mengucapkan salam dan menanyakan keluhan saat ini	<i>Aluif</i>	- Pasien mengatakan rasa nyeri masih sama dengan skala 8 (1-10)
1,2	<b>08.10</b>		<i>Aluif</i>	O :

1,3	08.30	Mengkaji karakteristik nyeri dan rasa mual	<i>Aluist</i>	- TD : 119/82 mmHg, N : 89 x/menit, RR : 20 x/menit - Pasien tampak kesakitan saat berpindah posisi/bergerak
1,3	08.30	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	<i>Aluist</i>	A : - Tujuan tercapai sebagian
1,2	10.00	Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 119/82 mmHg, N : 89 x/menit, RR : 20 x/menit	<i>Aluist</i>	P : - Lanjutkan intervensi no. 1,2,4,5,6
2	12.00	Memberikan obat midazolame rute Iv dan lactulac sirup	<i>Aluist</i>	<b>DX 2. Nausea</b> S : - Pasien mengatakan masih merasakan mual setelah makan dan nafsu makan membaik
2	12.00	Memonitor asupan makanan pasien	<i>Aluist</i>	O : - Pasien makan habis ½ porsi
3	12.20	Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering	<i>Aluist</i>	A : - Tujuan tercapai sebagian
2	13.00	Memberikan posisi nyaman (semi fowler)	<i>Aluist</i>	P : - Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,5
1,2,3	13.10	Mengganti cairan NaCl 14 TPM	<i>Aluist</i>	<b>DX 3. Gangguan mobilitas fisik</b> S : - Pasien mengatakan masih lemas
1,3	13.30	Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 126/82 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,6° C	<i>Aluist</i>	O : - Pasien tampak lemah dan terlihat pucat - TD : 126/82 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 20 x/menit,
		Menjelaskan penyebab dan strategi mengatasi nyeri, serta menganjurkan beristirahat dan tidur		A : - tujuan tercapai sebagian

				<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi no . 1,2,3</li> </ul>
1,2,3	20/01/2022 <b>08.00</b>	Melihat kondisi pasien dan menanyakan keluhan yang dialami sekarang dengan hasil : pasien mengeluh masih lemas, nyeri berkurang, nafsu makan membaik	<i>Aluist</i>	<p><b>DX 1. Nyeri akut</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengtakan nyeri agak berkurang dengan skala 6 (1-10)</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 130/90 mmHg, N :86 x/menit, RR : 20 x/menit</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tujuan tercapai sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi no. 1,2,4,5,6</li> </ul>
1	<b>08.00</b>	Mengkaji karateristik nonverbal, P : saat beraktivitas Q: ditekan-tekan R: dibagian anus S : 6 (1-10) T: saat duduk	<i>Aluist</i>	<p><b>DX 2. Nausea</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- paasen mengatakan rasa mual berkurang dan nafsu makan membaik</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien terlihat menghabiskan porsi maknnya</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tujuan tercapai sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,5</li> </ul>
1,2,3	<b>09.00</b>	Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 130/90 mmHg, N :86 x/menit, RR : 20 x/menit S : 36,5° C	<i>Aluist</i>	<p><b>DX 3. Gangguan mobilitas fisik</b></p> <p>S :</p>
1,2	<b>10.00</b>	Memberikan obat antrain 2,5 mg dan omeprazole 20 mg IV	<i>Aluist</i>	
3	<b>10.10</b>	Memberikan posisi nyaman pada pasien (semi fowler)	<i>Aluist</i>	



1,2,3	<b>12.30</b>	Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil : TD :129/76 mmHg, N : 89 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,7° C		- Pasien mengatakan nyeri saat posisi duduk dan bergerak miring kanan,kiri
1	<b>13.00</b>	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam kepada pasien	<i>Alut</i>	O : - Tampak pasien meringis saat berposisi duduk dan ingin pindah posisi
1,2,3	<b>13.30</b>	Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup	<i>Alut</i>	- TD :129/76 mmHg, N : 89 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,7° C A : - Tujuan tercapai sebagian P : - Lanjutkan intervensi no. 1,2,3

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Bab 4 penulis menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Tn.S dengan diagnosis medis melena di ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Melalui pendekatan studi kasus untuk membahas teori dan fakta/hasil penulis selama praktek dilapangan. Pembahasan akan meliputi tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Tahap pengumpulan data penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien. Sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada pengkajian kasus, pasien Tn.S yang berusia 56 tahun dengan keluhan utama yang dirasakan pasien yaitu mual dan muntah, lemas, BAB berwarna hitam, nyeri bagian abdomen dan anus. Hal ini dapat dijelaskan oleh teori menurut (Hadi, 2013) pasien akan mengeluh muntah darah yang tiba-tiba dalam jumlah yang banyak, berwarna kehitaman dan tidak membeku Karena sudah tercampur dengan asam lambung, nyeri pada area epigastrium apabila mengalami tukak lambung, namun apabila disebabkan karena pecahnya varises esofagus tidak mengeluh nyeri atau pedih pada epigastrium, BAB berwarna gelap, dan badan terasa lemah akibat kehilangan banyak darah.

Berdasarkan pengkajian, pasien Tn.S sebelum menderita penyakit melena telah sering mengkonsumsi obat-obatan seperti NSAID. Hal ini dapat dijelaskan menurut teori (Hadi, 2013) pada penderita penyakit melena biasanya terdapat riwayat penyakit

hepatitis, sirosis hati, penyakit lambung, pemakaian obat-obatan ulseroganik, alkoholisme, dan penyakit darah seperti: leukemia, hemophilia, dan ITP (Hadi, 2013).

Menurut (Sudoyo, 2009), pada pemerisaan penderita penyakit melena berdasarkan tinjauan pustaka biasanya keadaan umum pasien dengan hematemesis melena lemah karena kekurangan cairan dalam jumlah yang cukup banyak. Pada saat pemeriksaan di IGD pasien langsung di lakukan tindakan medis TTV, TD: 122/76 mm Hg N: 102x/menit RR:20 x/menit S: 36,5°C kemudian diberikan terapi infus NaCL 14 tpm. Saat pengkajian pasien mengatakan bahwa terdapat nyeri dibagian dubur dan area abdomen, mual dan tidak nafsu makan.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Kemungkinan diagnosis Masalah keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan melena berdasarkan (Tim Pokja, 2017) yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan
4. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan HB
5. Nausea berhubungan dengan Iritasi Lambung

Dari lima diagnosis keperawatan tidak semua ada pada tinjauan kasus terdapat 3 diagnosis keperawatan yang muncul yaitu :

1. nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) hal ini dapat dijelaskan bahwa tanda dan gejala mayor pada masalah keperawatan nyeri akut pasien mengeluh nyeri (Tim Pokja, 2017) dibuktikan dari pasien

Tn.S mengalami nyeri di bagian abdomen dengan skala 3 dan di bagian anus dengan skala 8. Nyeri pada Hematemesis melena tidak massif dan timbul setelah penderita minum obat-obatan yang menyebabkan iritasi lambung. Sebelum muntah penderita mengeluh nyeri ulu hati (Nurafif, 2015). Penulis berpendapat nyeri yang terjadi karena adanya ulkus duodenum dan peradangan pada lapisan lambung.

2. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung hal ini dapat dijelaskan bahwa tanda dan gejala mayor pada masalah keperawatan nausea pasien mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan (Tim Pokja, 2017) dibuktikan dari pasien Tn. S merasa mual dan ingin muntah setelah makan dan akhirnya pasien tidak berminat untuk makan.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri hal ini dapat dijelaskan bahwa tanda dan gejala mayor pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas dan didukung oleh tanda minor nyeri saat bergerak (Tim Pokja, 2017) dibuktikan dari Tn.S sulit untuk melakukan aktivitas.

#### **4.3. Perencanaan**

Penulis melakukan pengkajian pada Tn.S dengan diagnosis melena, didapatkan perencanaan keperawatan yang akan diberikan kepada Tn.S dengan tujuan tindakan keperawatan yang diberikan supaya pasien dan keluarga dapat mandiri dalam pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan tentang diagnosis melena.

1. nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) yang bertujuan agar keluhan nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik. Intervensi menurut (Tim Pokja, 2018) antara lain identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik nonfarmakologis, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Peneliti berpendapat intervensi tersebut direncanakan pada Tn.S agar dapat mengetahui lokasi, penyebab dan karakteristik nyeri serta mengatasi keluhan nyeri pada Tn.S
2. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung yang bertujuan agar nafsu makan meningkat, mual menurun, nyeri abdomen menurun, konsistensi feses membaik. Intervensi menurut (Tim Pokja, 2018) antara lain identifikasi pengalaman mual, monitor asupan nutrisi dan kalori, kendalikan faktor lingkungan penyebab mual, anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, kolaborasi dengan dokter pemberian antiemetik.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yang bertujuan agar nyeri menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Intervensi menurut (Tim Pokja, 2018) antara lain mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, fasilitasi istirahat dan tidur, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

#### **4.4 Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan ini dilakukan secara terkoordinasi dan terintegasi rencana pelaksanaan pada kasus tidak semua sama menurut teori, karena disesuaikan dengan kondisi pasien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) menganjurkan pasien untuk memberikan posisi nyaman (semi fowler)
2. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung menganjurkan pasien untuk makan sedikit demi sedikit tapi sering
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri menyarankan pasien untuk melakukan aktivitas dibantu oleh keluarga

#### **4.5 Evaluasi**

pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilakukan karena merupakan kasus secara umum sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien secara langsung.

1. Pada waktu pelaksanaan evaluasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) pasien mengalami penurunan tingkat nyeri karena tindakan 3x24 jam dengan hasil masalah teratasi sebagian pada tanggal 21 januari 2022.
2. Pada diagnosis nausea berhubungan dengan iritasi lambung pasien sudah tidak mengalami mual muntah karena tindakan 3x24 jam dengan hasil masalah teratasi pada tanggal 21 januari 2022.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dengan tindakan 3x24 jam pasien mampu beraktivitas secara mandiri dengan tingkat nyeri yang menurun masalah teratasi pada tanggal 21 januari 2022.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

BAB 5 berisi pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dengan pasien dengan kasus melena di ruang B2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan melena.

#### **5.1 Simpulan**

dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien melena, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian Tn.S ditemukan pasien lemas, mual, muntah, BAB hitam dan nyeri, didapati penyebab melena akibat pasien sering mengkonsumsi obat-obat NSAID saat mengeluhkan pegal-pegal
2. Masalah keperawatan yang muncul pada melena yaitu nyeri akut, nausea, gangguan mobilitas fisik
3. Pada penyusunan rencana keperawatan disesuaikan dengan teori dan kondisi pasien dengan menetapkan penyusunan rencana keperawatan, manajemen nyeri, manajemen mual, dukungan perawatan diri pada pasien dengan melena harus melihat kondisi pasien dan waktu penyelesaian juga disesuaikan dengan kemampuan pasien.
4. Tindakan keperawatan dilakukan secara berkeselimbangan selama 3x24 jam dengan bekerja sama secara tim dengan perawat ruangan, supaya rencana tindakan dapat dilaksanakan semua. Rencana tindakan keperawatan yang terdapat dalam tinjauan



pustaka tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan tersebut.

5. Evaluasi keperawatan pasien mengalami penurunan setelah melalui 3 hari perawatan dengan nyeri sudah berkurang, nafsu makan membaik, dan aktivitas pasien membaik
6. Pendokumentasian pada Tn.S dilakukan mulai dari tahap pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi dengan metode manual dan berbasis komputer.

## **6.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas, maka saran yang dapat diberikan penulis sebagai berikut:

1. Pasien dan keluarga hendaknya aktif dalam bertanya pada petugas kesehatan yang berada di ruangan tersebut sehingga terjalin hubungan yang baik timbul rasa saling percaya yang akan meningkatkan kerjasama dalam pemberian asuhan keperawatan.
2. RSPAL dr.Ramelan Surabaya sebaiknya mengadakan promosi kesehatan di rumah sakit dengan diagnosis medis melena agar derajat kesehatan pasien dapat meningkat dalam kondisi sakitnya.
3. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkesinambungan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan yang berhubungan dengan perawatan pasien, dengan harapan perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan profesional sesuai dengan standart asuhan keperawatan dan kode etik keperawatan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Bararah, J. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional* (2nd ed.).
- ed abdul bari, S. (2010). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*.
- Hapsari, H., Fitriyanto, S., Hermansyah, H., Yahya, F., & Walidain, S. N. (2020). Multimedia Interaktif Konsep Gravitasi Berorientasi Pada Literasi Sains. *Jurnal Pendidikan Fisika Dan Teknologi*, 6(2), 228. <https://doi.org/10.29303/jpft.v6i2.2097>
- Irmalasari, F., Program, N. M., & Perpustakaan, S. I. (2017). Strategi Arsip Nasional Republik Indonesia (ANRI) dalam Meningkatkan Mutu Layanan: Studi Kasus Subdirektorat Layanan Arsip Strategy of National Archives of the Republic of Indonesia (ANRI) in Improving Service Quality: Case Study Sub Directorate of Archiv. *Record and Library Journal*, 3(2).
- Nabilla, R., Iriawan, J., & R.J. Nuriatin. (2016). Gambaran Karakteristik Dan Prognosis Pasien Perdarahan Saluran Cerna Bagian Atas Berdasarkan Glasgow Blachtford Score Di Rs Dustira Tahun 2016. *Bagian Endoskopi Fakultas Kedokteran Unjani*, 6.
- Nurafif, A. H. (2015). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA & NIC-NOC*.
- Pierce A Grace, N. R. (2017). *ILMU BEDAH* (3rd ed.).
- Scanlon, S. (2018). *Buku Ajar Anatomi Fisiologi* (3rd ed.).
- SOP PPI - SOP INJEKSI INTRA VENA (IV).PDF - SATU DATA PROVINSI KALIMANTAN BARAT*. (n.d.). Retrieved April 21, 2022, from <http://data.kalbarprov.go.id/dataset/sop-ppi/resource/061a2651-27d3-44c5-b360-d4e60a61b5f9>
- Sudoyo, A. w. (2017). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*.
- Sutrisno, H. (2013). *Metodologi konsep asuhan keperawatan melena* (3rd ed.).
- Tim Pokja, S. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan* (3rd ed.).
- Tim Pokja, S. D. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (2nd ed.).
- Wilkins, L. W. (2011). *Nursing : Menafsirkan Tanda-tanda dan Gejala Penyakit*.

**STRANDART PROSEDUR OPERASIONAL  
INJEKSI INTRAVENA**

(Sumber : (SOP PPI - SOP INJEKSI INTRA VENA (IV).PDF - SATU DATA  
PROVINSI KALIMANTAN BARAT, n.d.))

1. Pengertian

Memasukan atau menyuntikan obat ke dalam tubuh melalui pembuluh darah vena.

2. Tujuan

- a. Memperoleh reaksi obat yang cepat dari pada injeksi parenteral lain
- b. Untuk menghindari kerusakan jaringan
- c. Untuk memasukan obat dengan jumlah yang lebih besar

3. Prosedur

a. Persiapan Alat

- 1) Buku catatan pemberian obat atau kartu obat
- 2) Kapas alkohol
- 3) Sarung tangan
- 4) Obat yang sesuai
- 5) Spuit 2 ml – 5 ml
- 6) Bak spuit
- 7) Baki obat
- 8) Plester
- 9) Perlak pengalas
- 10) Pembendung vena (torniquet)
- 11) Kassa steril (bila perlu)
- 12) Bengkok

- b. Persiapan Obat
  - 1) Cek 7 benar pemberian obat
  - 2) Siapkan obat hanya untuk satu kali pemberian pada satu klien
- c. Persiapan pasien
  - 1) Menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan prosedur
- d. Prosedur
  - 1) Cuci tangan
  - 2) Bawa obat yang telah dipersiapkan untuk diberikan langsung kepada klien.  
Jangan meninggalkan obat tanpa pengawasan
  - 3) Bandingkan nama yang tertera di buku obat atau pada gelang nama yang terpasang pada klien
  - 4) Dekatkan alat-alat ke klien
  - 5) Beritahu kembali klien akan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
  - 6) Pasang pengalas di area yang akan dilakukan penyuntikan
  - 7) Pasang sarung tangan
- e. Prosedur Terpasang Infus
  - 1) Cari tempat penusukan suntikan, biasanya dekat dengan IV line (abocath)
  - 2) Bersihkan tempat penusukan dengan alkohol swab dan biarkan sesaat sampai mengering (jangan ditiup)
  - 3) Matikan aliran cairan infus ke vena klien.
  - 4) Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu.
  - 5) Masukkan jarum spuit ke tempat penusukan