

**KARYA ILMIAH AKHIR**  
**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA TN. M**  
**DENGAN DIAGNOSA MEDIS *HEMATEMESIS MELENA* DI IGD**  
**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :  
**INTAN CAHYA PUSPYTA LOCA, S.Kep**  
**NIM. 2030053**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**  
**TA. 2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR  
ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA TN. M  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS *HEMATEMESIS MELENA* DI IGD  
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



**Oleh :  
INTAN CAHYA PUSPYTA LOCA, S.Kep  
NIM. 2030053**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
TAHUN AJARAN 2020**

## HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Intan Cahya Puspyta Loca, S.Kep

NIM : 2030053

Tanggal Lahir : Sidoarjo, 02 Mei 1998

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Tn. M dengan Diagnosa Medis *Hematemesis Melena* di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya menyatakan dengan benar. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Surabaya, 13 Juli 2021

Penulis,

Intan Cahya Puspyta Loca, S.Kep  
NIM.203.0053

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Intan Cahya Puspyta Loca, S.Kep.

NIM : 203.0053

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Tn. M dengan  
Diagnosa Medis *Hematemesis Melena* di IGD RSPAL Dr Ramelan  
Surabaya

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

**NERS (Ns)**

**Surabaya, 30 Juli 2021**

**Pembimbing**

**Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
**NIP.03028**

**Mengetahui,**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.**

**NIP.03020**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Intan Cahya Puspyta Loca, S.Kep.

NIM : 203.0053

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Tn. M dengan  
Diagnosa Medis *Hematemesis Melena* di IGD RSPAL Dr Ramelan  
Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang  
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar “NERS” pada prodi Pendidikan Profesi Ners di Stikes Hang  
Tuah Surabaya

**Penguji 1: Imroatul Faridah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.**  
**NIP. 03028**



**Penguji 2: Dedi Irawandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep.**  
**NIP.03050**



**Penguji 3: Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.**  
**NIP.03020**



**Mengetahui,**  
**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**  
**STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.**  
**NIP.03020**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 22 Juli 2021

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis yang berjudul “Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Tn. M dengan Diagnosa Medis Hematemesis Melena di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya Ilmiah Akhir ini di susun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa Pendidikan Profesi Ners
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp., Kep. MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya dan juga selaku sebagai penguji yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners

4. Bapak Dedi Irawandi, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
5. Ibu Imroatul Faridah, S.Kep.,Ns., M.Kep, selaku pembimbing yang telah memberikan kritik, saran, masukan dan meluangkan waktu untuk membimbing penulis demi kesempurnaan penelitian ini
6. Seluruh dosen, staf, dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah begitu banyak membantu dalam kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi dan membimbing penulis selama penulis menuntut ilmu di Program Studi Pendidikan Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya
7. Kedua orangtua saya Ibu Sholik Saniyah dan Ayah Abdul tercinta yang senantiasa mendoakan, mendukung, memotivasi dan memberikan semangat selama proses penyusunan karya ilmiah ini
8. Adik dan Ponakan saya Bhela Sukma dan Anang galih yang senantiasa support, menemani dan memotivasi selama proses penyusunan karya ilmiah ini
9. Teman-teman Profesi Ners angkatan 11 dan seluruh pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan Allah Yang Maha Pemurah dan penulis berharap bahwa karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semuanya.

Surabaya, 13 Juli 2021

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>COVER .....</b>	<b>1</b>
<b>HALAMAN AWAL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>

<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan .....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Penulisan .....	3
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	3
1.4.2 Manfaat Praktis .....	4
1.5 Metode Penulisan.....	4
1.6 Sistematika Penulisan .....	5

<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Konsep Penyakit <i>Hematemesis Melena</i> .....	7
2.1.1 Pengertian .....	7
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi .....	8
2.1.3 Etiologi .....	11
2.1.4 Patofisiologi.....	13
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	14
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .....	15
2.1.7 Penatalaksanaan .....	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan <i>Hematemesis Melena</i> .....	17
2.2.1 Pengkajian Keperawatan .....	17
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	26
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	26
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	31
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	31
2.3 Kerangka Masalah Keperawatan/Konsep mapp/WOC .....	30

<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>31</b>
3.1 Pengkajian.....	31
3.1.1 Data Dasar .....	31
3.1.2 Pemeriksaan Fisik.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>



3.1.3 Data Penunjang .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.1.4 Terapi Medis .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.2 Diagnosa Keperawatan .....	33
3.3 Analisa Data.....	34
3.4 Prioritas Masalah .....	36
3.5 Intervensi Keperawatan .....	37
3.6 Implementasi Keperawatan .....	39
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>41</b>
4.1 Pengkajian Keperawatan .....	41
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	43
4.3 Intervensi Keperawatan .....	45
4.4 Implementasi Keperawatan .....	47
4.5 Evaluasi Keperawatan .....	49
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>51</b>
5.1 Simpulan .....	51
5.2 Saran .....	52
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>54</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sistem Pencernaan.....	8
Gambar 2.2 Anatomi Lambung .....	9
Gambar 2.3 Susunan Bagian Dalam Lambung .....	10

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Diagnosis Keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis <i>Hematemesis Melena</i> .....	34
Tabel 3.2 Prioritas masalah pada Tn. M dengan diagnosis <i>Hematemesis Melena</i>	36
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis <i>Hematemesis Melena</i> .....	37
Tabel 3.4 Implementasi & Evaluasi Keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis <i>Hematemesis Melena</i> .....	39

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i> .....	56
Lampiran 2 Motto dan Persembahan .....	57
Lampiran 3 Standar Operasional Prosedur Manajemen Nyeri .....	58
Lampiran 4 Standar Operasional Prosedur <i>Range Of Motion</i> .....	61
Lampiran 5 Standar Operasional Prosedur Tindakan Injeksi Intravena .....	69

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Saluran pencernaan terdiri atas suatu saluran yang bermula dari mulut hingga anus dan berfungsi untuk memindahkan zat gizi atau nutrisi. Hematemesis melena merupakan suatu kondisi dimana klien mengalami muntah darah yang disertai dengan buang air besar (BAB) berdarah dan berwarna hitam. Perdarahan dapat terjadi akibat pecahnya varises esophagus yang umumnya berwarna merah gelap atau hitam (Wardhani, 2017).

*World Journal Gastroenterol* (WJG) tahun 2015, perdarahan saluran cerna atas atau yang dikenal dengan hematemesis melena merupakan kasus kegawatan dibidang *gastroenterology* yang saat ini masih menjadi permasalahan dalam bidang kesehatan dunia dengan prevalensi 75% hingga 80% dari keseluruhan kasus perdarahan saluran cerna (Pratiwi, 2017). Penyebab perdarahan saluran cerna bagian atas yang terbanyak yaitu dijumpai di negara Indonesia adalah pecahnya varises esophagus dengan rata-rata 40-50%, yang kemudian disusul dengan gastritis hemoragika dengan rata-rata 20-25 % dan ulkus peptikum sebesar 15-20 %. Laki-laki cenderung mempunyai berbagai faktor yang dapat memicu terjadinya hematemesis melena seperti faktor gaya hidup yang dipenuhi oleh kesibukan dan stres, pola makan yang tidak sehat, konsumsi rokok, serta alkohol Hadi (2013, dalam Pratiwi, 2017). Insiden hematemesis melena dua kali lebih sering pada laki-laki daripada wanita dalam seluruh tingkatan usia, tetapi jumlah angka kematian tetap sama

Tanda dan gejala umumnya yaitu muntah darah, BAB warna merah kehitaman, mengeluarkan darah dari rectum. Hematemesis melena dapat timbul

disaat penderita mengkonsumsi obat-obatan yang dapat mengiritasi lambung, kemudian penderita mengeluh mual muntah. Perdarahan saluran cerna merupakan keadaan darurat yang umumnya menyebabkan kematian cukup besar diseluruh dunia, oleh sebab itu setiap perdarahan saluran cerna dianggap sebagai keadaan yang serius dan membahayakan klien dan dibutuhkan perawatan dirumah sakit tanpa kecuali, untuk mencegah perdarahan lebih banyak, syok hipovolemik, hingga kematian.

Perawat merupakan profesi kesehatan yang memiliki pekerjaan yang harus dilaksanakan sesuai dengan peran dan fungsinya, salah satu peran perawat dalam melaksanakan pekerjaannya adalah *care giver* dimana perawat memberikan asuhan keperawatan baik secara fisik maupun psikologis dengan tetap mempertahankan martabat pasien, sedangkan fungsi perawat yang sesuai adalah fungsi independent yaitu perawat melaksanakan tugasnya secara mandiri dengan keputusannya sendiri dalam melaksanakan tindakan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia (Handayani & Sofyannur, 2018).

Berdasarkan kasus yang ditemui di lapangan, pasien dengan diagnosa Hematemesis Melena mengeluh perut sakit, mual, muntah darah, disertai keluar tinja darah, perut nyeri. Mengacu pada di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M dengan Hematemesis Melena di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan Tn.M dengan diagnosis medis *Hematemesis Melena* di IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya?”.

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis *Hematemsis Melena* di Ruang IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis *Hematemsis Melena* di Ruang IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis *Hematemsis Melena* di Ruang IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
3. Merumuskan rencana keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis *Hematemsis Melena* di Ruang IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis *Hematemsis Melena* di Ruang IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis *Hematemsis Melena* di Ruang IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

### **1.4 Manfaat Penulisan**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Dari segi akademis, menambah wawasan keilmuan agar perawat lebih mengetahui dan meningkatkan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk perawatan yang lebih bermutu dan professional dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosis medis *Hematemsis Melena*.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit**

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Hematemesis Melena*.

#### **2. Bagi Penulis**

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosis medis *Hematemesis Melena*.

#### **3. Bagi Profesi Keperawatan**

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan terutama pada keperawatan medikal bedah dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Hematemesis Melena*.

### **1.5 Metode Penulisan**

#### **1. Metode**

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah dengan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan studi pendekatan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan hingga evaluasi.

#### **2. Teknik Pengumpulan Data**

##### **a. Wawancara**



Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil/diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien.

c. Pemeriksaan

Data yang diambil/diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data yang diperoleh dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik pasien.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien seperti; catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yang digunakan dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini menggunakan sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah akhir dan masalah yang dibahas, dengan sumber seperti: buku, jurnal dan KTI yang relevan dengan judul penulis.

## 1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran serta daftar singkatan.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini :
  - BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.
  - BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, konsep asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis *Hematemesis Melena*, serta kerangka masalah pada *Hematemesis Melena*.
  - BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.
  - BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi fakta, teori dan opini penulis.
  - BAB 5: Penutup: Simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka, motto dan persembahan serta lampiran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Konsep Penyakit *Hematemesis Melena*, 2) Konsep Asuhan Keperawatan *Hematemesis Melena*.

#### **2.1 Konsep Penyakit *Hematemesis Melena***

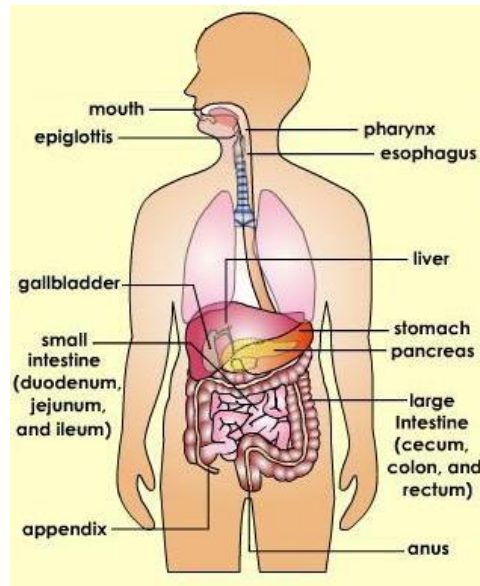
##### **2.1.1 Pengertian**

Hematemesis adalah muntah darah, sedangkan melena adalah pengeluaran feses atau tinja yang berwarna hitam seperti teh dan berbau busuk yang diakibatkan oleh adanya perdarahan saluran makan bagian atas. Warna dari hematemesis tergantung pada lamanya kontak antara darah dengan asam lambung serta besar kecilnya perdarahan, sehingga dapat berwarna seperti kopi atau kemerah-merahan dan bergumpal-gumpal (Frank, Beitscher, Webb, & Raabe, 2021).

Hematemesis melena merupakan keadaan di mana pasien mengalami muntah darah yang disertai dengan buang air besar (BAB) berdarah yang berwarna hitam. Hematemesis melena terjadi pada saluran cerna bagian atas (SCBA) dan merupakan keadaan kegawatdaruratan yang sering ditemui pada rumah sakit di seluruh dunia termasuk Indonesia. Pendarahan dapat ditimbulkan karena pecahnya varises esofagus, ulkus peptikum atau gastritis erosif manusia, sistem pencernaan akan mengolah makanan atau asupan yang masuk akan diubah menjadi zat-zat yang diperlukan oleh tubuh, oleh sebab itu, sistem pencernaan yang terdiri dari organ-organ tersebut harus tetap terjaga supaya dapat menjalankan fungsinya secara optimal (Zarin, Ali, Majid, & Jan, 2018)

### 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

*Gambar 2.1 Sistem Pencernaan*

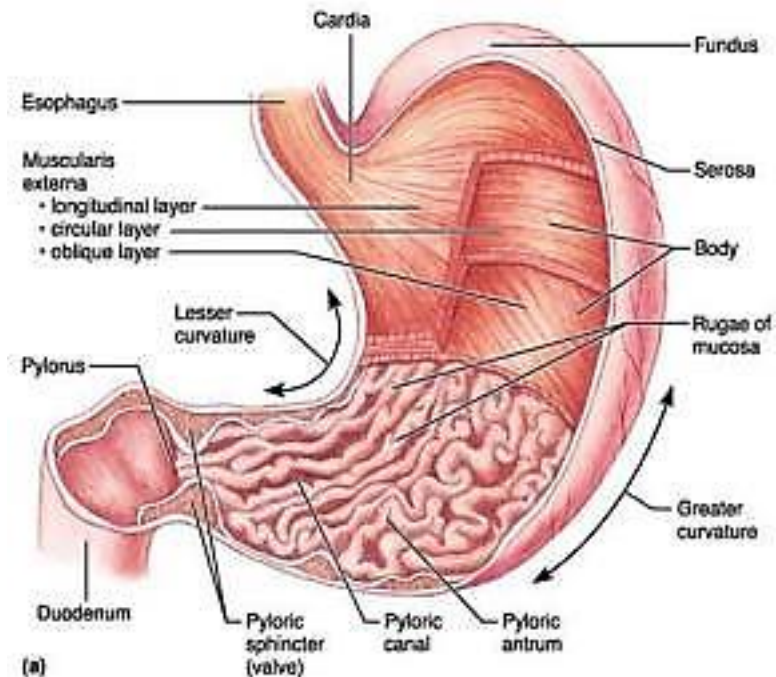


Sumber: (Zarin et al., 2018)

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

Lambung adalah organ berbentuk J, terletak pada bagian superior kiri rongga abdomen bawah diafragma. Regia lambung terdiri atas bagian jantung, fundus, badan organ, dan bagian pylorus.

*Gambar 2.2 Anatomi Lambung*



Sumber: (Frank et al., 2021)

- a. Bagian jantung lambung adalah area disekitar pertemuan esofagus dan lambung (pertemuan gastroesofagus)
- b. Fundus adalah bagian yang menonjol ke sisi kiri atas mulut esofagus
- c. Badan lambung adalah bagian yang terdilatasi di bawah fundus, yang membentuk dua pertiga bagian lambung. Tepi medial badan lambung yang konkaf disebut kurvatur kecil, tepi lateral badan lambung yang konveks disebut kurvatur besar.
- d. Pylorus lambung menyempit di ujung bawah lambung dan membuka ke duodenum. Antrum pylorus mengarah ke mulut pylorus yang dikelilingi sfingter pylorus muskular tebal

Dinding lambung terdapat tiga lapisan jaringan dasar (mukosa, submukosa, dan jaringan muskularis) beserta modifikasinya.

- a. Muskularis eksterna pada bagian fundus dan badan lambung mengandung lapisan otot melintang tambahan. Lapisan otot tambahan ini membantu keefektifan pencampuran dan penghancuran isi lambung.
- b. Mukosa membentuk lipatan-lipatan (ruga) longitudinal yang menonjol sehingga memungkinkan peregangan dinding lambung. Ruga terlihat saat lambung kosong dan akan menghalus saat lambung meregang terisi makanan.
- c. Ada kurang lebih 3 juta pit lambung diantara ruga-ruga yang bermuara pada sekitar 15 juta kelenjar lambung. Kelenjar lambung yang dinamakan sesuai letaknya, menghasilkan 2-3 liter cairan lambung. Cairan lambung mengandung enzim-enzim pencernaan, asam klorida, mukus, garam- garaman, dan air

**Gambar 2.3 Susunan Bagian Dalam Lambung**

Sumber:(Infitah, 2019)



Fungsi lambung antara lain:

- a. Penyimpanan makanan. Kapasitas lambung normal memungkinkan adanya interval waktu yang panjang antara saat makan dan kemampuan

menyimpan makanan dalam jumlah besar sampai makanan dapat terakomodasi dibagian bawah saluran.

- b. Produksi kimus. Aktivitas lambung mengakibatkan terbentuknya kimus (massa homogen setengah cair, berkadar asam tinggi yang berasal dari bolus) dan mendorongnya ke dalam duodenum.
- c. Gigesti protein. Lambung memulai digesti protein melalui sekresi tripsin dan asam klorida.
- d. Produksi mukus. Mukus yang dihasilkan dari kelenjar membentuk barier setebal 1 mm untuk melindungi lambung terhadap aksi pencernaan dari sekresinya sendiri.
- e. Absorpsi. Absorpsi nutrien yang berlangsung dalam lambung hanya sedikit. Beberapa obat larut lemak (aspirin) dan alkohol diabsorpsi pada dinding lambung. Zat terlarut dalam air terabsorpsi dalam jumlah yang tidak jelas.
- f. Produksi faktor intrinsik Faktor intrinsik adalah glikoprotein yang disekresi sel parietal. Vitamin B12 didapat dari makanan yang dicerna di lambung, terikat pada faktor intrinsik. Kompleks faktor intrinsik vitamin B12 dibawa ke ileum usus halus, tempat vitamin B12 diabsorpsi.

### **2.1.3 Etiologi**

Hematemesis terjadi jika ada perdarahan di daerah proksimal jejunum, sedangkan melena dapat terjadi dengan sendiri atau bersama-sama dengan hematemesis. Perdarahan terjadi antara 50-100 ml. Sedikit banyaknya darah yang keluar selama hematemesis sulit menjadi acuan untuk menduga besar kecilnya perdarahan. Ada empat penyebab perdarahan saluran cerna bagian atas (SCBA)

yang paling sering ditemukan, yaitu ulkus peptikum, gastritis erosif, varises esofagus, dan ruptur mukosa esofagogastrika menurut (Ahmed & Ahmed, 2020) etiologi dari *Hematemesis melena* adalah

1. Varises Esofagus

Suatu kondisi dimana terjadi pembengkakan bahkan pecahnya pada pembuluh darah yang tidak adekuat pada bagian esophagus bawah, namun biasanya tidak timbul nyeri atau pedih diepigastrium. Umumnya perdarahan bersifat spontan dan massif dan darah yang dimuntahkan berwarna kehitam-hitaman dan tidak embeku karena sudah bercampur dengan asam lambung.

2. Ulkus peptikum

Penderita akan mengalami *dyspepsia* dengan gejala mual, muntah, nyeri ulu hati dan sebelum terjadi hematemesis akan merasakan nyeri atau pedih di epigastrium yang berhubungan dengan makanan. Sifat melena lebih dominan daripada hematemesis.

3. Gastritis Erosif

Gastritis erosif menyebabkan timbulnya borok dan perdarahan pada lapisan perut. Gejala berupa muntah darah dan feses berwarna hitam. Jenis gastritis ini paling sering disebabkan karena konsumsi obat-obatan seperti steroid, NSAID, atau obat antiinflamasi.

4. Ruptur Mukosa Esofagogastrika

Hematemesi tdk masif dan timbul setelah penderita minum obatobatan yang menyebabkan iritasi lambung. Sebelum muntah penderita mengeluh nyeri ulu hati..



#### 2.1.4 Patofisiologi

Gagal hepar sirosis kronis, kematian sel dalam hepar mengakibatkan peningkatan tekanan vena porta. Sebagai akibatnya terbentuk saluran kolateral dalam submukosa esophagus, lambung dan rectum serta pada dinding abdomen anterior yang lebih kecil dan lebih mudah pecah untuk mengalihkan darah dari sirkulasi splenik menjauhi hepar. Dengan meningkatnya tekanan dalam vena ini, maka vena tersebut menjadi mengembang dan membesar (dilatasi) oleh darah disebut varises. Varises dapat pecah, mengakibatkan perdarahan gastrointestinal masif. Selanjutnya dapat mengakibatkan kehilangan darah tiba-tiba, penurunan arus balik vena ke jantung, dan penurunan perfusi jaringan. Dalam berespon terhadap penurunan curah jantung, tubuh melakukan mekanisme kompensasi untuk mencoba mempertahankan perfusi. Mekanisme ini merangsang tanda-tanda dan gejala-gejala utama yang terlihat pada saat pengkajian awal. Jika volume darah tidak digantikan, penurunan perfusi jaringan mengakibatkan disfungsi selular (Storm et al., 2020).

Penurunan aliran darah akan memberikan efek pada seluruh system tubuh, dan tanpa suplai oksigen yang mencukupi system tersebut akan mengalami kegagalan. Pada melena dalam perjalanannya melalui usus, darah menjadi berwarna merah gelap bahkan hitam. Perubahan warna disebabkan oleh HCL lambung, pepsin, dan warna hitam ini diduga karena adanya pigmen porfirin. Kadang - kadang pada perdarahan saluran cerna bagian bawah dari usus halus atau kolon asenden, feses dapat berwarna merah terang / gelap (Zarin et al., 2018).

Perkiraan darah yang muncul dari duodenum dan jejunum akan tertahan pada saluran cerna sekitar 6 -8 jam untuk merubah warna feses menjadi hitam. Paling sedikit perdarahan sebanyak 50 -100cc baru dijumpai keadaan melena. Feses tetap berwarna hitam seperti ter selama 48 – 72 jam setelah perdarahan berhenti. Ini

bukan berarti keluarnya feses yang berwarna hitam tersebut menandakan perdarahan masih berlangsung. Darah yang tersembunyi terdapat pada feses selama 7 – 10 hari setelah episode perdarahan tunggal (Ahmed & Ahmed, 2020).

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala yang umum dijumpai pada pasien dengan hematemesis melena menurut (Zarin et al., 2018) diantaranya adalah :

1. Mual dan muntah dengan warna darah yang terang *Nausea* atau mual merupakan sensasi psikis seseorang berupa kebutuhan untuk muntah namun tidak selalu diiringi oleh *retching* atau muntah. Muntah terjadi setelah adanya rangsangan yang diberikan kepada pusat muntah yaitu *Vomiting Center (VC)* di medula oblongata atau pada zona pemicu kemoreseptor yang disebut *Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ)* yang berada di daerah medula yang menerima masukan dari darah yang terbawa obat atau hormon. Sinyal kimia dari aliran darah dan cairan cerebrospinal (jaringan syaraf otak sampai tulang ekor) dideteksi oleh CTZ
2. Anoreksia yang berarti kehilangan nafsu makan merupakan gejala gangguan pencernaan dan terjadi dalam semua penyakit yang menyebabkan kelemahan umum. Kondisi ini hasil dari kegagalan aktivitas di abdomen dan sekresi cairan lambung karena vitalitas rendah yang, pada gilirannya, dapat disebabkan oleh berbagai penyebab
3. Disfagia atau sulit menelan merupakan kondisi dimana proses penyaluran makanan atau minuman dari mulut ke dalam lambung yang membutuhkan usaha lebih besar dan waktu yang lebih lama dibandingkan kondisi seseorang saat sehat

4. Feses yang berwarna hitam dan lengket terjadi perubahan warna yang disebabkan oleh HCL lambung, pepsin dan warna hitam ini diduga karena adanya pigmen porfirin. Diperkirakan darah yang muncul dari duodenum dan jejunum akan tertahan pada saluran cerna sekitar 6-8 jam untuk merubah warna feses menjadi hitam.
5. Perubahan sirkulasi perifer seperti warna kulit pucat, penurunan kapilari refill, dan akral teraba dingin
6. Rasa cepat lelah dan lemah serta penurunan volume darah dalam jumlah yang cukup banyak akan menyebabkan penurunan suplai oksigen ke pembuluh darah perifer sehingga menyebabkan metabolisme menurun dan penderita akan merasakan letih dan lemah

#### **2.1.6 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dapat menegakkan diagnose Hematemesis melena menurut (Vania, 2019) sebagai berikut:

1. Pemeriksaan tinja Mkroskopis dan mikroskopis, ph dan kadar gula jika diduga ada intoleransi gula, biakan kuman untuk mencari kuman penyebab dan uji resistensi terhadap berbagai antibiotika (pada diare persisten).
2. Pemeriksaan laboratorium yang dianjurkan yaitu pemeriksaan darah rutin berupa hemoglobin, hematokrit, 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 pemeriksaan penunjang yang paling penting karena dapat memastikan diagnosis pecahnya varises

esofagus atau penyebab perdarahan lainnya dari esofagus, lambung dan duodenum

4. Kontras Barium (radiografi) yang berfungsi untuk menentukan lesi penyebab perdarahan. Ini dilakukan atas dasar urgensinya dan keadaan kegawatan.
5. Angiografi berfungsi untuk pasien-pasien dengan perdarahan saluran cerna yang tersembunyi dari visual endoskopik

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pada klien dengan hematemesis melena menurut (Dr. Lyndon, 2014) diantaranya sebagai berikut:

1. Penatalaksanaan Medis
  - a. Resusitasi cairan dan produk darah
  - b. Pasang akses intravena dengan kanul berdiameter besar. b) Lakukan penggantian cairan intravena dengan RL atau normal saline.
  - c. Observasi tanda-tanda vital saat cairan diganti.
  - d. Jika kehilangan cairan > 1500 ml membutuhkan penggantian darah selain cairan, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan golongan darah dan cross-match.
  - e. Penggunaan obat vasoaktif sampai cairan seimbang untuk mempertahankan tekanan darah dan perfusi organ vital, seperti dopamine, epineprin, dan norefineprine untuk menstabilkan pasien
2. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan hematemesis melena (Jauhar, 2013; Smeltzer & Bare, 2013) antara lain sebagai berikut:

- a. Pengaturan Posisi Pasien dipertahankan istirahat sempurna, karena gerakan seperti batuk akan meningkatkan tekanan intra abdomen sehingga perdarahan berlanjut.
  - b. Meninggikan bagian kepala tempat tidur untuk mengurangi aliran darah ke sistem porta dan mencegah refluk ke dalam esofagus.
  - c. Pemasangan NGT Tujuannya adalah untuk aspirasi cairan lambung, bilas lambung dengan air, serta pemberian obat-obatan seperti antibiotik untuk menetralsisir lambung
3. Mendiagnosa Penyebab Perdarahan
- a. Dilakukan dengan endoskopi fleksibel.
  - b. Pemasangan selang nasogastrik untuk mengkaji tingkat pendarahan.
  - c. Pemeriksaan barium (double contrast untuk lambung dan duodenum) untuk melihat adanya varises pada 1/3 distal esofagus, kardia dan fundus lambung setelah hematemesis terjadi
  - d. Angiografi apabila tidak terkaji melalui endoskopi

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan *Hematemesis Melena***

### **2.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan hipertensi meliputi tingkat kesadaran, hasil tanda-tanda vital, frekuensi jantung meningkat, irama nafas meningkat.

Adapun proses pengkajian gawat darurat yaitu pengkajian primer (*primary assessment*). Pengkajian primer dengan data subjektif yang didapatkan yaitu: adanya keluhan sakit kepala, pusing leher tegang. Keluhan penyakit saat ini: mekanisme terjadinya. Riwayat penyakit tedahulu: adanya penyakit jantung atau

riwayat penyakit hipertensi, kebiasaan makan makanan tinggi kalium, kebiasaan minum alcohol, dan merokok, stress.

Data objektif: *airway* adanya perubahan pola napas (*apnea* yang diselingi oleh hiperventilasi). Jalan Napas normal. *Breathing* (pernafasan) dilakukan auskultasi dada terdengar normal, irama nafas teratur. *Respiration rate* <22x/mnt. *Circulation* adanya perubahan tekanan darah atau normal (hipertensi). Perubahan frekuensi jantung (bradikardi, takikardi). *Disability* adanya lemah/lelah, pusing, mual/muntah Pengkajian sekunder terdiri dari keluhan utama yaitu, adanya penurunan kesadaran, perubahan fungsi gerak, perubahan penglihatan. Riwayat sosial dan medis yaitu, riwayat penggunaan dan penyalahgunaan alkohol dan adanya riwayat darah tinggi tak terkontrol. Pada sirkulasi adanya peningkatan nadi, irama, denyut nadi kuat, ekstremitas teraba hangat/dingin warna kulit sianosis, pucat, kemerahan, *capillary refill time* <2 detik, adanya edema pada muka, tangan, tungkai. adanya perubahan pla eliminasi uri dan fekal, penurunan nafsu makan, muntah. Pengobatan sebelum masuk Instalasi Gawat Darurat yaitu mengidentifikasi penggunaan obat-obatan, perubahan pada diet, penggunaan obat yang dijual bebas. Nyeri yaitu catat riwayat dan durasi nyeri dan gunakan metode pengkajian yaitu PQRST. Faktor pencetus (*Provocate*), kualitas (*Quality*), lokasi (*Region*), keparahan (*Severe*) dan durasi (*Time*).

#### 1. Identitas Klien

Umumnya berisikan nama, nomor rekam medik, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk RS, dan diagnosa medis. Identitas perlu ditanyakan untuk memastikan bahwa pasien yang dihadapi adalah pasien yang dimaksud, selain itu identitas diperlukan untuk data penelitian, asuransi, dan lain sebagainya (Sudoyo, 2010).

## 2. Riwayat Kesehatan

### a. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan pasien sehingga pasien pergi ke dokter atau mencari pertolongan. Dalam menulis keluhan utama harus disertai dengan indikator waktu, berapa lama pasien akan mengalami hal tersebut (Sudoyo, 2010)

Pasien dengan hematemesis melena perlu ditanyakan tentang perdarahan 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 daerah 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 (Jauhar, 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 (Sudoyo, 2010).

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu bertujuan untuk mengetahui kemungkinan- kemungkinan adanya hubungan antara penyakit yang pernah diderita dengan penyakitnya 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, transfusi, kemoterapi, dan apabila pasien pernah mengalami pemeriksaan maka harus dicatat dengan seksama hasilnya (Sudoyo, 2010)

Biasanya pada pasien yang mengalami hematemesis dan melena memiliki riwayat penyakit hepatitis, penyakit hati menahun, sirosis, penyakit lambung, pemakaian obat-obatan ulserogenik, alkoholisme, dan penyakit darah seperti leukemia, hemophilia, dan ITP (Sudoyo, 2010)

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga penting untuk mencari kemungkinan penyakit herediter atau penyakit infeksi. Biasanya pasien memiliki riwayat keluarga yang mengalami kelainan pada sistem 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 alkohol (Sudoyo, 2010)



#### e. Pemeriksaan Fisik

##### 1) 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 (Sudoyo, 2010)

##### 2) Kesadaran

Kesadaran pasien dapat diperiksa secara inspeksi 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 yang 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 (Sudoyo, 2010)

pengkajian menggunakan level kesadaran kuantitatif yaitu composmentis yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat

menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya. Apatis, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh. Delirium yaitu gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu) memberontak, berteriak-teriak, berhalunasi, kadang berhayal. 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. Stupor (spoor, koma), yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri, coma (comatose) yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak bisa respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin tidak ada respon pupil terhadap cahaya) dengan Glasgow coma scale (GCS), respon pasien yang perlu diperhatikan mencakup 3 hal yaitu reaksi membuka mata, bicara dan motorik. Hasil pemeriksaan dinyatakan dalam derajat (score) dengan rentang angka 1-6 tergantung responnya. Eye (respon membuka mata) : (4) : spontan, (3) : dengan rangsangan suara (suruh pasien membuka mata), (2) : dengan rangsang nyeri (berikan rangsangan nyeri misalnya menekan kuku jari), (1) : tidak ada respon. Verbal (respon verbal) : (5) orientasi baik, (4) : bingung, berbicara mengacau ( sering bertanya berulang-ulang) disorientasi tempat dan waktu, (3) : kata-kata saja. ( berbicara tidak jelas, tapi kata-kata masih jelas, namun tidak dalam satu kalimat, (2) suara tanpa arti (mengerang), (1) tidak ada respon. Motorik (respon motorik) : (6) mengikuti perintah, (5) melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi

rangsangan nyeri (4) menghindar/menarik ekstremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri, (3) fleksi abnormal (tangan satu atau kedua posisi kaku diatas dada & kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri, (2) ekstensi abnormal (tangan satu atau keduanya ekstensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal dan kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri), (1). Tidak ada respon. Hasil pemeriksaan tingkat kesadaran berdasarkan glasglow coma scale disajikan dalam symbol EVM. Selanjutnya nilai-nilai dijumlahkan, nilai-nilai glasglow coma scale yang tertinggi adalah 15 yaitu eyes 4, verbal 5, motorik 6 dan terendah adalah 3 yaitu eyes 1, verbal 1, motorik 1. Ketiga pengkajian status mental dimana alat yang paling sering digunakan untuk mengkaji fungsi kognitif adalah Mini-Mental State Examination (MMSE)

### 3) 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 (Sudoyo, 2010)

#### f. Pemeriksaan Fisik Head To Toe

Menurut Bararah dan Jauhar (2013) pemeriksaan head to toe yang didapatkan pada pasien dengan hematemesis melena sebagai berikut:

##### a) Kepala

Inspeksi : biasanya bentuk normachepal, tidak ada lesi atau jejas, kulit kepala kurang bersih

Palpasi : biasanya tidak teraba edema

b) Mata

Inspeksi : biasanya konjungtiva anemis karena penderita hematemesis melena akan kehilangan darah dalam jumlah yang cukup banyak, sklera ikterik akibat gangguan pada hati, pupil isokhor, mata cekung

Palpasi : biasanya tidak teraba edema palpebra

c) Hidung

Inspeksi : biasanya bentuk simetris, tidak ada jejas atau lesi, tidak ada sumbatan pada jalan nafas, tidak ada cuping hidung

Palpasi : biasanya tidak ada nyeri tekan sinus

d) Mulut

Inspeksi : biasanya bibir simetris, mukosa bibir kering dan pucat terkadang sianosis

e) Telinga

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan, tidak ada jejas atau lesi, tidak ada cairan dan darah yang keluar

f) Leher

Inspeksi : biasanya tidak ada pembesaran vena jugularis

Palpasi : biasanya tidak terjadi pembengkakan kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid

g) Thoraks

1. Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada, terdapat spider nevi pada pasien sirosis hepatis

Palpasi : biasanya fremitus kiri dan kanan sama

Perkusi : biasanya sonor

Auskultasi : biasanya irama nafas vesikular tanpa ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing, stridor.

## 2. Jantung

Inspeksi : biasanya ictus cordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya ictus cordis teraba

Perkusi : biasanya pekak pada batas-batas jantung

Auskultasi : biasanya irama jantung regular

### h) Abdomen

Inspeksi : biasanya ada asites yang ditandai dengan distensi abdomen serta umbilicus yang menonjol, adanya spider nevi dan venektasi di sekitar abdomen

Palpasi : palpasi pada keadaan asites yang masif sulit dilakukan, metode ballotement dilakukan untuk menilai hati dan lien, biasanya konsistensi hepar kenyal menandakan sirosis, terjadi splenomegali, adanya nyeri tekan apabila terjadi tukak peptik atau gastritis hemoragik.

Perkusi

Auskultasi : biasanya timpani : biasanya terdapat obstruksi usus ditandai dengan bising usus yang abnormal, bruit dan friction rub terdapat pada hepatoseluler carcinoma, bising vena merupakan tanda hipertensi portal atau meningkatnya aliran kolateral di hati

### i) Ekstermitas Atas

Biasanya ada edema sakral, eritema palmaris, CRT < 3 detik, akral teraba dingin, ikterus Bawah : biasanya ada edema sakral dan pretibial, eritema palmaris, CRT < 3 detik, akral teraba dingin, icterus

j) Genitalia

Inspeksi : biasanya tidak terjadi gangguan pada genitalia

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul berdasarkan SDKI, 2016 ialah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
4. Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
5. Risiko ketidakseimbangan cairan
6. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
  - a. Luaran ( Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)
 

Luaran utama: Tingkat nyeri
  - b. Intervensi ( Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
 

Intervensi Utama: Manajemen Nyeri

    - 1) Identifikasi lokasi, katakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri

Rasional: Mengetahui kualitas nyeri yang dirasakan oleh klien

2) Identifikasi skala nyeri

Rasional: Mengetahui tingkat nyeri

3) Identifikasi respon nyeri non verbal

Rasional: Mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan oleh klien

4) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Rasional: Meringankan nyeri sampai pada tingkat yang dapat diterima klien

5) Jelaskan strategi meredakan nyeri

Rasional: Mengurangi tingkat kecemasan dan membantu klien dalam kecemasan dan membantu mekanisme koping terhadap rasa nyeri

6) Kolaborasi pemberian analgesic

Rasional: Analgesic dapat membantu meredakan nyeri yang dirasakan klien

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

a. Luaran ( Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama: Perfusi perifer

b. Intervensi ( Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi Utama: Manajemen sirkulasi

1) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu)

Rasional: Memantau tanda-tanda perfusi perifer tidak efektif pada klien

- 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, orang tua perokok, hipertensi dan kolesterol)

Rasional: Mengidentifikasi penyebab gangguan sirkulasi pada klien

- 3) Lakukan pencegahan infeksi

Rasional: Mencegah timbulnya infeksi pada klien

- 4) Lakukan hidrasi

Rasioal: Mempertahankan asupan cairan

- 5) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus diinformasikan

Rasional: Memberikan ketenangan pada klien terkait penyakit yang dialami

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

- a. Luaran ( Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama: Toleransi aktivitas

- b. Intervensi ( Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama: Dukungan ambulasi

- 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional: Mengetahui status kelelahan dan tingkat emosi klien

- 2) Monitor pola dan jam tidur

Rasional: Memantau pola tidur klien agar tidak terjadi kelelahan

- 3) Sediakan lingkungan nyaman

Rasional: Memberikan lingkungan yang nyaman kepada klien

- 4) Anjurkan tirah baring

Rasional: Minimalkan stimulasi dan menurunkan relaksasi

- 5) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

Rasional: Agar klien merasa tenang



6) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: Kemajuan aktivitas bertahap mencegah penurunan kerja jantung tiba

7) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/aktif

Rasional: Melatih otot agar tidak tegang dan berkeinginan bergerak

4. Deficit nutrisi

a. Luaran ( Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama: Nutrisi dan cairan

b. Intervensi ( Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi Utama: Manajemen nutrisi

1) Identifikasi status nutrisi

2) Monitor asupan makanan

Rasional: Menilai asupan makanan yang adekuat

3) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

Rasional: Memberikan rasa nyaman klien

4) Anjurkan posisi duduk

Rasional: Agar makanan dapat dicerna dengan baik

5) Anjurkan diet diprogramkan

Rasional: Mengembalikan status nutrisi yang baik

6) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan

Rasional: Meningkatkan nafsu makan per oral

5. Risiko ketidakseimbangan cairan

a. Luaran ( Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama: Keseimbangan cairan

b. Intervensi ( Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama: Manajemen cairan

- 1) Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, turgor kulit, tekanan darah)

Rasional: Mengetahui adanya tanda-tanda tingkat dehidrasi klien dan mencegah syok hipovolemik

- 2) Monitor intake output dan hitung balans cairan dalam 24 jam

Rasional: Mengumpulkan dan menganalisis data klien untuk mengatur keseimbangan cairan

- 3) Berikan cairan intravena, jika perlu

Rasional: Memberikan hidrasi cairan tubuh secara parenteral

- 4) Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan

Rasional: Mempertahankan cairan yang diperlukan tubuh klien

## 6. Ansietas

- a. Luaran ( Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran Utama: Kecemasan

- b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama: Reduksi ansietas

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)

Rasional: untuk mengetahui seberapa jauh klien mengalami kecemasan

- 2) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

Rasional: untuk memudahkan dalam menggali informasi

- 3) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan

Rasional: untuk mengurangi rasa cemas klien

- 4) Pahami situasi yang membuat anxietas

Rasional: untuk menghindari hal yang dapat membantu kecemasan

- 5) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan

Rasional: membantu klien untuk beradaptasi dengan perubahan dirinya

- 6) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

Rasional: membantu klien untuk beradaptasi dengan stressor

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012). Pedoman implementasi keperawatan menurut (Dermawan, 2012) sebagai berikut:

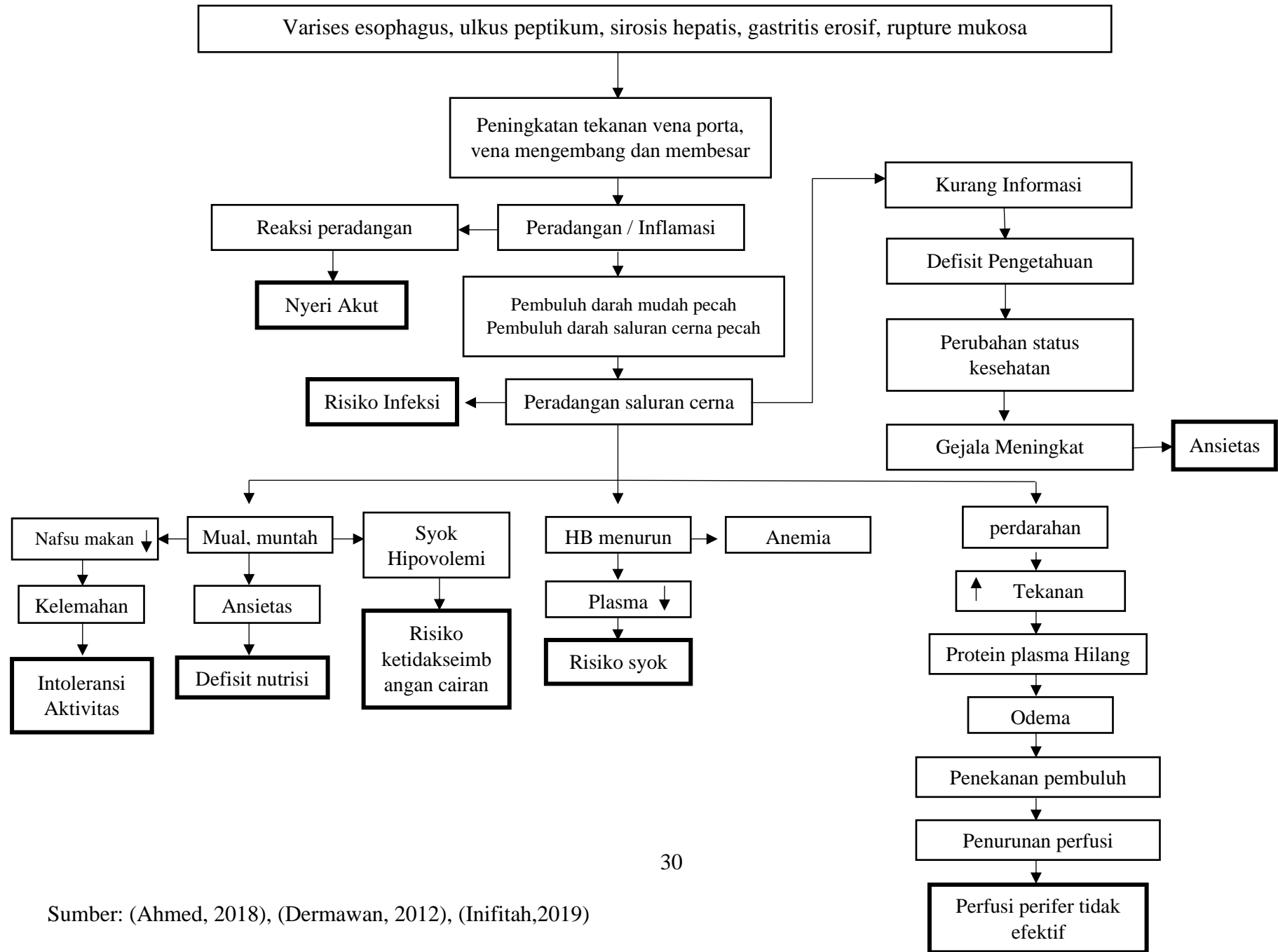
1. Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana.
2. Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai.
3. Keamanan fisik dan psikologis pasien dilindungi
3. Dokumentasi tindakan dan respon pasien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan.

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

Tipe pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir (Setiadi, 2012).

2.3 Kerangka Masalah Keperawatan/Konsep mapp/WOC



## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab ini membahas terkait asuhan keperawatan pada Tn. M dengan diagnose medis *Hematemesis Melena* yang meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosa Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi Keperawatan, 5) Evaluasi Keperawatan.

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Data Dasar**

Klien bernama Tn. M, dengan rekam medis 668xxx, berjenis kelamin laki-laki yang berusia 48 tahun dengan berat badan 65 kg. Klien masuk ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 25 Mei 2021 pukul 03.42 WIB dengan diagnosis medis *Hematemesis Melena*. Keluhan utama yang dialami klien adalah lemas.

Hasil pengkajian dilakukan oleh penulis pada tanggal 25 Mei 2021 pukul 08.00 WIB, dengan data yang didapatkan alasan klien masuk rumah sakit adalah klien mengalami muntah darah dan BAB hitam. Muntah darah ¼ Gelas dan BAB hitam sekitar 3 gelas sejak kemarin malam, klien mengeluh mual. Klien memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol sejak tahun 2019 hingga sekarang dan jarang meminum obat. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat diabete melitus. Saat ini klien masih dirawat di Instalasi Gawat Darurat RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Hasil pemeriksaan sementara didapatkan tekanan darah: 125/98 mmHg, Nadi: 95x/menit teraba lemah, Frekuensi nafas: 20x/menit dengan simple mask 3 lpm, Suhu: 37, 8°C, SpO2: 97%, klien tampak lemah dan tidak bertenaga, kesadaran Composmentis dengan *Glasgow Coma Scale (GCS) Eyes: 4 Verbal: 5 Motorik: 6*.

Riwayat penyakit keluarga Tn. M adalah keluarga tidak memiliki riwayat hipertensi, diabete melitus, kanker serta tumor.

#### 1. Pengkajian primer

*Airway* (jalan nafas) jalan nafas paten tidak ada sumbatan jalan nafas. *Breathing* (pernapasan) klien tidak sesak napas, geakan dada simetris, irama nafas normal, pola nafas teratur *respiration rate*: 20x/menit. *Circulation*, nadi 95x/menit, irama teratur, denyut lemah, tekanan darah 125/98 mmHg, ekstermitas dingin, warna kulit normal, *capillary refil time* > 2 detik, tidak ada odema, turgor kulit menurun, mukosa bibir kering dan pucat, terpasang IVFD NaCl 0,9 % 1000cc/1 jam pertama kemudian 500cc di jam berikutnya, klien menggunakan cateter urine: 500cc/15 jam warna kuning. *Disabilty*, tingkat kesadaran composmentis, pupil isokor, *Glasgow Coma Scale (GCS) Eyes: 4 Verbal: 5 Motorik: 6* jumlah: 15.

#### 2. Pengkajian sekunder

Pemeriksaan fisik B2 (*Blood/* Sirkulasi) didapatkan hasil pemeriksaan bunyi jantung S1/S2 tunggal, irama jantung regular, tidak terdapat odema dan tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat nyeri dada, akral teraba hangat, tekanan darah 125/98 mmHg, nadi 95x/menit teraba lemah, membrane mukosa tampak kering dan pucat, dengan CRT > 2 detik, turgor kulit menurun.

Pemeriksaan fisik B6 (*Bone/* muskuloskeletal) didapatkan hasil pemeriksaan tidak ada lesi, warna kulit sawo matang, kuku bersih, turgor kulit baik, tidak ada kelainan pada tulang, tidak terjadi fraktur/patah tulang, tidak terdapat kelainan ekstermitas atas dan bawah, skala kekuatan otot ekstermitas: ekstermitas atas dextra 4444, ekstermitas atas sinistra 4444, ekstermitas bawah dextra 4444, ekstermitas bawah sinistra 4444, aktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien mengatakan merasa kurang tenaga.

Hasil pemeriksaan laboratorium darah (hematologi) pada Tn. M tanggal 25 Mei 2021: Hemoglobin 8,50 g/dl (L: 13,2 – 17,3 | P: 11,7 – 15,5), Trombosit  $157 \times 10^3/\mu\text{l}$  (150 – 450), Hematokrit 35,80 % (L: 40,0 – 52,0 | P: 35,0 – 47,0), PCT 0,142  $10^3/\mu\text{l}$  (1,08-2,28).

Hasil pemeriksaan laboratorium kimia klinik pada Tn. M tanggal 25 Mei 2021: BUN 30 mg/dL ( 10-20), Chlorida 103,1 mmol/L, Gula Darah Acak 117 mg/dl (100-200 mg/dl), Kalium 4,1 mmol/L (3-5), Natrium 123 mmol/L ( 135-147), Kreatinin 1,36 mmol/L (0,6-15).

Hasil pemeriksaan laboratorium faal hemostasis pada Tn. M tanggal 25 Mei 2021: APTT 20,7 dtk (26-40), INR 0,91 dtk (1-2), PPT 13,8 dtk (11-15).

Hasil pemeriksaan foto thoraks pada Tn. M tanggal 25 Mei 2021 adalah *bronchovascular pattern* meningkat.

Terapi tindakan kolaborasi: pemberian terapi medis pada Tn. M tanggal 25 Mei 2021: Infus naCl 500mg/IV, Inj omeprazole 40 mg/ml /IV, Inj ondancetron 2mg/ml/IV, Inj Transamin 8 mg/ml/IV, Inj Vit K 2 mg/ml/IV, Inj Perimperan 2mg/ml/IV, Sucralfate syr 100ml 4x1/oral

### **3.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab dan data pendukung masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn. M yang merupakan prioritas masalah adalah 1) hipovolemoa, 2) perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yaitu 8,50 g/dl, 3) keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia),



### 3.3 Analisa Data

**Tabel 3.1** Diagnosis Keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis *Hematemesis Melena*

No.	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p><b>DS:</b> klien mengeluh lemas dan haus</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi teraba lemah</li> <li>- Tekanan darah menurun</li> <li>- Turgor kulit menurun</li> <li>- Membran mukosa kering dan pucat</li> <li>- Hematokrit meingkat 35,80 % (L: 40,0 – 52,0)</li> </ul>	Kehilangan Cairan Aktif	<p>Hipovolemia</p> <p><b>(SDKI, 2016 D.0023, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Nutrisi dan Cairan, Hal 64)</b></p>
2.	<p><b>DS:</b> Klien mengeluh lemah</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRT &gt; 2 detik</li> <li>- Nadi teraba lemah</li> <li>- Ekstermitas dingin</li> <li>- Warna kulit pucat</li> <li>- Hb : 8,50 (13,2 – 17,3 g/dL)</li> </ul>	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif</p> <p><b>(SDKI, 2016, D. 0009 Kategori : Fisiologis Subkategori : Respirasi)</b></p>

3.	<p><b>DS:</b> klien mengeluh badan lemah dan tidak bertenaga</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lemah, lesu, letih</li> <li>- Warna kulit pucat</li> <li>- Aktivitas klien dibantu sebagian</li> <li>- Hb: 8,50 (13,2-17,3 g/dL)</li> </ul>	Kondisi Fisiologis (Anemia)	Keletihan  <b>(SDKI, 2016 D0057, Kategori : Fisikologis, Subkategori : Aktivitas/Istirahat, Hal 130)</b>
4.	<p><b>DS:</b> klien mengeluh mual dan tidak berselera saat ingin makan</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensasi panas diperut</li> <li>- Merasa asam dimulut</li> <li>- Pucat</li> </ul>	Iritasi Lambung	Nausea  <b>(SDKI, 2016 D0076, Kategori : Psikologis, Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan, Hal 170)</b>
5.	<p><b>DS:</b> klien mengatakan khawatir tentang kondisinya saat ini</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasa tidak berdaya</li> <li>- Muka tampak pucat</li> <li>- Suara bergetar</li> <li>Tremor</li> </ul>	Kurang Teparar Informasi	Ansietas  <b>(SDKI, 2016 D0080, Kategori : Psikologis, Subkategori : Integritas Ego, Hal 180)</b>

(Sumber: Primer,(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017))

### 3.4 Prioritas Masalah

**Tabel 3.2** Prioritas masalah pada Tn. M dengan diagnosis *Hematemesis Melena*

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		ditemukan	teratasi	
1	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	25/05/2021	25/05/2021	Intan
2	Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	25/05/2021	25/05/2021	Intan
3	Keletihan b.d Kondisi Fisiologis (Anemia)	25/05/2021	25/05/2021	Intan

(Sumber: Primer, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017))

### 3.5 Intervensi Keperawatan

**Tabel 3.3** Intervensi Keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis *Hematemesis Melena*

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan Cairan Aktif	<p><i>Status Cairan L. 03028</i> setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, maka status cairan membaik</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi meningkat</li> <li>2. Output urin meningkat</li> <li>3. Kelemabapan membrane mukosa meningkat</li> <li>4. Hematocrit dalam batas normal (L: 40,0 – 52,0)</li> <li>5. Hemoglobin dalam batas normal (13,2-17,3 g/dL)</li> <li>6. Intake cairan membaik</li> <li>7. Suhu tubuh dalam rentang normal (36,5-37,5 °C)</li> </ol>	<p><i>Manajemen Hipovolemia</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda intake output cairan</li> <li>2. Hitung kebutuhan cairan</li> <li>3. Pertahankan jalan nafas paten</li> <li>4. Berikan oksigen untuk mempertahankan SpO2 &gt; 97 %</li> <li>5. Berikan posisi syok</li> <li>6. Pasang jalur IV berukuran besar (14/16)</li> <li>7. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine</li> <li>8. Pasang selang <i>nasogastric</i> untuk dekompresi lambung</li> <li>9. Kolaborasi pemberian cairan intravena ( NaCL 0,9 % 500cc/1 jam</li> </ol>
2.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	<p><i>Perfusi Perifer, L. 02011</i> setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, maka perfusi perifer meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>2. Warna kulit pucat menurun</li> </ol>	<p><i>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (Nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu)</li> <li>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (Diabetes, orang tua perokok, hipertensi dan kolesterol)</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Turgor kulit membaik</li> <li>4. Pengisian kapiler membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus diinformasikan</li> </ol>
3.	Keletihan b.d Kondisi Fisiologis (Anemia)	<p><i>Tingkat Keletihan L.05046</i></p> <p>setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam maka tingkat keletihan membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbilasi kepulihan energy tenaga meningkat</li> <li>2. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat</li> <li>3. Lesu menurun</li> </ol>	<p><i>Edukasi Aktivitas/Istirahat (I.12362)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan media pengaturan aktivitas dan istirahat</li> <li>2. Berikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya</li> <li>3. Berikan aktivitas distriks yang menenangkan</li> <li>4. Anjurkan tirah baring</li> <li>5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ol>

(Sumber: Primer, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

### 3.6 Implementasi Keperawatan

**Tabel 3.4** Implementasi & Evaluasi Keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis *Hematemesis Melena*

No. Dx	Hari/Tgl/Jam	Implementasi Keperawatan & Kolaborasi	pa raf	Evaluasi Formatif SOAP/Catatan Perkembangan	Pa raf
1,2,1	25/5/21 03.42 03.50	Memasang monitor TTV		<b>Dx.1=<u>Syok</u> <u>Hipovolemia</u></b>	<i>70</i>
1	03.55	Memposisikan klien semi fowler	<i>70</i>	S : - klien mengatakan haus mulai berkurang	
1	04.10	Memasang O2 simple mask		- klien mengatakan lebih nyaman setelah diposisikan semi fowler	
1	04.20	Menghitung kebutuhan cairan	<i>70</i>	- klien mengatakan sakit setelah dipasang NGT dan cateter urine	<i>70</i>
1	04.40	Memasang cairan infus NaCL 0,9% 1000cc/1 jam pertama	<i>70</i>		
1	04.50	Mengambil sampel darah vena ( DL, KK, FH)	<i>70</i>	O : - TD:128/80mmHg, N.78x/menit teraba lemah,RR.20x/menit , S.37,8°C	
1	04.50	Memberikan Injeksi - Inj.Omeprazole 40mg - Transamin 8 mg - Vit K 2 mg - Ondansentron 2 mg	<i>70</i>	- Kebutuhan cairan yang dibutuhkan: 2400ml/hari IWL: 975cc/24 jam IWL/jam: 40,6cc/jam Balance cairan: Intake: 1440 Output: 1250,6 =(190cc/jam)	<i>70</i>
1	05.00	Memasang NGT	<i>70</i>		
1	05.15	Melakukan pemasangan cateter urine			
1,2,3	05.25	Melakukan pengukuran GDA stick	<i>70</i>		
1,2,3	05.30	Mengganti cairan infus ke2 NaCL 0,9% 500cc/24 jam			
1,2,3	08.00	Mengobservasi tanda vital			
1	08.15	Mempertahankan jalan nafas paten		- Terpasang infus kedua NS 0,9% 500cc/ 24 jam	
2	09.10	memberikam informasi tentang hal darurat seperti hasil pemeriksaan laboratorium		- Denyut nadi 78x/menit	
1	10.00	memonitor output klien		- Output cateter urine: 500cc - Hasil Lab:	

3	10.25	Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya		Hamoglobin 8,50 g/dl Hematokrit 35,80 % Natrium: 123mmol/L	
1	11.25	Memberikan obat oral sucralfate		<p>A : tujuan tercapai sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan diruang HCU</p> <p><b>Dx.2= <u>Perfusi Perifer Tidak Efektif</u></b></p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum lemah</li> <li>- Klien terlihat pucat</li> <li>- Konjugtiva anemis</li> <li>- Hb: : 8,50 (13,2 – 17,3 g/dL)</li> </ul> <p>A : Tujuan belum tercapai</p> <p>P : lanjutkan intervensi no. 1,2, 3, 4</p> <p><b>Dx. 3 = <u>Keletihan</u></b></p> <p>S : klien mengatakan badan masih lemas, meskipun sudah diajarkan gerakan pasif</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat tidak bertenaga</li> <li>- Hanya berbaring diatas tempat tidur</li> <li>- Klien antusias melakukan gerakan yang diajarkan</li> </ul> <p>A : Tujuan belum tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no. 3, 5, 6</p>	

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis *Hematemesis Melena* di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan pada tanggal 25 Mei 2021 dengan pelaksanaan asuhan keperawatan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. M dengan melakukan anamnesa kepada klien, melakukan pemeriksaan fisik, serta mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

Data didapatkan, klien bernama Tn. M berjenis kelamin laki-laki yang berusia 48 tahun. Menurut (Pratiwi, 2017) mengatakan bahwa kasus Hematemesis Melena sering kali dijumpai pada jenis kelamin laki-laki. Keadaan tersebut perlu diwaspadai bahwa Hematemesis Melena cenderung meningkat pada kelompok berjenis kelamin laki-laki dan juga masyarakat Indonesia cenderung mengkonsumsi makanan yang pedas, dengan kebiasaan makan makanan yang pedas dapat merusak mukosa lambung dan anus.

Keluhan utama klien adalah lemas. Menurut asumsi peneliti pada klien yang mengalami Hematemesis Melena dengan menggambarkan klien lemas, hal tersebut dikarenakan klien banyak mengeluarkan cairan dari tubuh yang menyebabkan kekuarang cairan dalam tubuh, sehingga tubuh menjadi lemas.



Pengkajian primer di dapatkan *Airway* (jalan nafas) jalan nafas paten tidak ada sumbatan jalan nafas. *Breathing* (pernapasan) klien tidak sesak napas, geakan dada simetris, irama nafas normal, pola nafas teratur *respiration rate*: 20x/menit. *Circulation*, nadi 95x/menit, irama teratur, denyut lemah, tekanan darah 125/98 mmHg, ekterimitas dingin, warna kulit normal, *capillary refill time* > 2 detik, tidak ada odema, turgor kulit menurun, mukosa bibir kering dan pucat, terpasang IVFD NaCl 0,9 % 1000cc/1 jam pertama kemudian 500cc di jam berikutnya, klien menggunakan cateter urine: 500cc/15 jam warna kuning. *Disability*, tingkat kesadaran composmentis, pupil isokor, *Glasgow Coma Scale (GCS) Eyes*: 4 *Verbal*: 5 *Motorik*: 6 jumlah: 15.

Pengkajian sekunder didapatkan pemeriksaan fisik B2 (*Blood/* Sirkulasi) didapatkan hasil pemeriksaan bunyi jantung S1/S2 tunggal, irama jantung regular, tidak terdapat odema dan tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat nyeri dada, akral teraba hangat, tekanan darah 125/98 mmHg, nadi 95x/menit teraba lemah, membrane mukosa tampak kering dan pucat, dengan CRT > 2 detik, turgor kulit menurun.

Pemeriksaan fisik B6 (*Bone/* muskuloskeletal) didapatkan hasil pemeriksaan tidak ada lesi, warna kulit sawo matang, kuku bersih, turgor kulit baik, tidak ada kelainan pada tulang, tidak terjadi fraktur/patah tulang, tidak terdapat kelainan ekstermitas atas dan bawah, skala kekuatan otot ekstermitas: ekstermitas atas dextra 4444, ekstermitas atas sinistra 4444, ekstermitas bawah dextra 4444, ekstermitas bawah sinistra 4444, aktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien mengatakan merasa kurang tenaga.

## 4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis *Hematemesis Melena* disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

### 1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah kehilangan cairan aktif, klien tampak lemah, mukosa bibir kering. Hipovolemia adalah suatu kondisi akibat kekurangan volume cairan ekstraseluler (CES), dan dapat terjadi karena kehilangan cairan melalui kulit, ginjal, gastrointestinal, perdarahan sehingga menimbulkan syok hipovolemia. Penyebab terjadinya hipovolemia: kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan dan evaporasi. Tanda dan gejala hipovolemia; gejala mayor: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, volume urine menurun, membran mukosa kering, gejala minor: merasa lemah, mengeluh haus, pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis bahwa klien memiliki masalah utama yaitu hipovolemia seperti data yang sudah ditunjukkan, jika masalah ini tidak diselesaikan maka bisa menimbulkan syok hipovolemik yang akan mengancam nyawa.

### 2. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah klien tampak lemah, warna kulit pucat, CRT > 2 detik, nadi 78x/menit teraba lemah, pemeriksaan laboratorium (tanggal 25/5/2021) hemoglobin 8,50 g/dL.

Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh dan dapat terjadi karena hiperglikemia, penurunan konsentrasi hemoglobin, peningkatan tekanan darah, kekurangan volume cairan, penurunan aliran arteria atau vena yang menyebabkan perfusi perifer tidak efektif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### 3. Keletihan berhubungan dengan Kondisi Fisiologis (Anemia)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah klien mengeluh badan lemah dan tidak bertenaga, klien tampak lemah, lesu, letih, warna kulit pucat, aktivitas dibantu sebagian.

Keletihan adalah suatu kondisi yang mengalami penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang sedang tidak pulih dengan istirahat. Penyebab terjadinya keletihan: gangguan tidur, gaya hidup monoton, kondisi fisiologis (mis. Penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan, program perawatan/pengobatan jangka panjang, stress berlebihan hingga depresi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut asumsi peneliti bahwa memiliki masalah keletihan seperti data yang ditunjukkan skala kekuatan otot ekstermitas: ekstermitas atas dextra 4444, ekstermitas atas sinistra 4444, ekstermitas bawah dextra 4444, ekstermitas bawah sinistra 4444, aktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien mengatakan merasa kurang tenaga, dan juga nadi 78 x/menit teraba lemah, frekuensi nafas 20 x/menit

(O<sub>2</sub> simple masak 3 lpm), hal tersebut bisa terjadi karena perdarahan yang sering keluar melalui muntah darah dan BAB hitam, sehingga tubuh akan kekurangan cairan yang dapat menyebabkan hingga terjadi syok.

### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis media Hematemesis Melena disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018):

#### **1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif**

Tujuan keperawatan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam, maka status cairan membaik dengan kriteria hasil: luaran utama, status cairan: frekuensi nadi membaik (60 – 100 x/ menit), membran mukosa membaik, status mental membaik, suhu tubuh membaik (36,5°C - 37,5°C), luaran tambahan, tingkat perdarahan: Trombosit membaik (150 – 450 10<sup>3</sup> / $\mu$ l)

Rencana keperawatan: intervensi utama, manajemen hipovolemia: periksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi, suhu tubuh, membran mukosa kering, lemah), berikan asupan cairan oral, hitung kebutuhan cairan, anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, berikan terapi cairan sesuai program dokter: cairan Infus RL 500 cc/ 24 jam (7 tpm), intervensi pendukung, pencegahan perdarahan: monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor koagulasi (jumlah trombosit), pertahankan bed rest selama perdarahan, batasi tindakan invasif, jelaskan tanda gejala perdarahan, anjurkan meningkat asupan cairan untuk menghindari kontipasi, anjurkan meningkatkan asupan makan, anjurkan segera melaporkan jika terjadi perdarahan

Menurut asumsi penulis karena komponen terbesar badan berupa cairan maka jika kekurangan cairan akan mengakibatkan kegagalan kerja organ maupun sel yang ada didalam tubuh kita maka intervensi yang tepat dalam hal ini yaitu dengan terapi bersifat suportif dengan memberikan cairan pengganti serta menganjurkan pasien dan keluarga untuk selalu memperbanyak asupan cairan.

## 2. Perfusi Perifer Tidak efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin

Tujuan keperawatan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, maka perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik.

Rencana Keperawatan: perawatan sirkulasi; periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, orang tua perokok, hipertensi dan kolesterol), lakukan pencegahan infeksi, lakukan hidrasi, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus diinformasikan. Pemberian terapi tambahan dapat dipertimbangkan seperti kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu dan menghindari memakai pakaian yang tebal.

Menurut asumsi peneliti lebih sering untuk memeriksa sirkulasi perifer seperti (suhu, warna, nadi perifer, edema, pengisian kapiler), hal itu sangat penting agar mempermudah dalam hal pendokumentasian dan juga perfusi perier menjadi lebih efektif.

## 3. Keletihan berhubungan dengan Kondisi Fisiologis (Anemia)

Tujuan Keperawatan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam, maka tingkat keletihan membaik dengan kriteria hasil: verbalisasi kepulihan energy tenaga meningkat, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, lesu menurun.

Rencana keperawatan: intervensi utama; edukasi aktivitas/istirahat; monitor kelelahan fisik, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, berikan aktivitas distriks yang menenangkan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Menurut asumsi peneliti melakukan gerakan sesuai toleransi dengan cara melatih rentang gerak pasif yang dibantu oleh perawat maupun keluarga dapat memberikan tujuan yang baik bagi klien agar tubuh tetap mengeluarkan energy untuk proses metabolisme tubuh.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada klien. Pelaksanaan merupakan bentuk perwujudan dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi, hal ini karena disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya.

##### **1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif**

Berdasarkan target pelaksanaan maka peneliti melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu; dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi: 95 x/menit, suhu tubuh: 37,8°C, mukosa bibir klien kering, pasien tampak lemah), memberikan asupan cairan oral, hitung kebutuhan cairan sebanyak 1000cc/1 jam, menganjurkan

memperbanyak asupan cairan oral, memberikan terapi cairan sesuai program dokter: cairan Infus RL 1000 cc/ 1 jam, intervensi tambahan, pencegahan perdarahan: memonitor tanda dan gejala perdarahan, mempertahankan bed rest selama perdarahan, membatasi tindakan invasif, menjelaskan tanda gejala perdarahan, menganjurkan meningkat asupan cairan untuk menghindari kontipasi, menganjurkan meningkatkan asupan makan, menganjurkan segera melaporkan jika terjadi perdarahan.

## 2. Perfusi Perifer Tidak efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah klien mengeluh lemah, CRT > 2 detik, nadi 78x/menit teraba lemah, warna kulit pucat, hasil laboratorium hemoglobin 8,50 g/dL.

Berdasarkan target pelaksanaan maka peneliti melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu: memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu), mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, orang tua perokok, hipertensi dan kolesterol), memberikan asupan cairan melalui iv (NaCL 500mg), menjelaskan tanda dan gejala darurat yang harus diinformasikan.

## 3. Keletihan berhubungan dengan Kondisi Fisiologis (Anemia)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah klien mengeluh badan lemah dan tidak bertenaga, klien tampak lemah, lesu, letih, warna kulit pucat, aktivitas klien dibantu sebagian.

Berdasarkan target pelaksanaan maka peneliti melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu: memberikan edukasi terkait aktivitas dan istirahat

klient; memonitor kelelahan fisik yang dialami klien, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, menganjurkan latihan rentang gerak pasif atau aktif, memberikan aktivitas distriks yang menenangkan bagi klien, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap..

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu, sedangkan pada tinjauan evaluasi pada klien dilakukan secara langsung keadaan klien.

##### **1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif**

Hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: keadaan umum klien tampak lemah, TD:128/80mmHg, N.78x/menit teraba lemah,RR.20x/menit, S.37,8°C. Kebutuhan cairan yang dibutuhkan: 2400ml/hari, IWL: 975cc/24 jam, IWL/jam: 40,6cc/jam, Balance cairan: (190cc/jam), Terpasang infus kedua NS 0,9% 500cc/ 24 jam, Denyut nadi



78x/menit, Output cateter urine: 500cc, Hasil Lab: Hamoglobin 8,50 g/dl Hematokrit 35,80 %, Natrium:123mmol/L Masalah syok hipovolemia pada Tn. M berada pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap dilanjutkan diruang HCU.

2. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin

Hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: keadaan umum lemah, klien terlihat pucat, konjungtiva anemis, hasil laboratorium darah Hb: 8,50 (13,2 – 17,3 g/dL). Masalah perfusi perifer tidak efektif pada Tn. M berada pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap dilanjutkan diruang HCU.

3. Keletihan berhubungan dengan Kondisi Fisiologis (Anemia)

Hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: klien mengatakan badan masih lemas, meskipun sudah diajarkan gerakan pasif, klien terlihat tidak bertenaga, hanya berbaring diatas tempat tidur, klien antusias melakukan gerakan yang diajarkan. Masalah keletihan pada Tn. M berada pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap dilanjutkan diruang HCU.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan diagnosis medis *Hematemesis Melena* di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis medis *Hematemesis Melena*

#### **5.1 Simpulan**

1. Pengkajian pada Tn. M pada tanggal 25 Mei 2021 di *Hematemesis Melena* di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, dengan keluhan utama klien mengalami muntah darah dan BAB hitam. Muntah darah  $\frac{1}{4}$  Gelas dan BAB hitam sekitar 3 gelas sejak tadi malam, klien tampak lemah. . Pada Tn. M menimbulkan masalah keperawatan seperti: syok hipovolemia, perfusi perifer tidak efektif, keletihan.
2. Diagnosis Keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis Hematemesis Melena dan telah diprioritaskan menjadi: syok hipovolemia, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dan keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia)
3. Intervensi Keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis Hematemesis Melena disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan kriteria hasil untuk: syok hipovolemia dengan kriteria hasil cairan tubuh membaik, perfusi perifer tidak efektif dengan kriteria hasil perfusi perifer meningkat, keletihan dengan kriteria hasil tingkat keletihan membaik

4. Implementasi Keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis Hematemesis Melena disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan: syok hipovolemia dengan manajemen status cairan, perfusi perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dengan manajemen sirkulasi, kelelahan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia) dengan manajemen aktivitas dan istirahat.

5. Evaluasi Keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis Hematemesis Melena disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yaitu: syok hipovolemia, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, kelelahan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia) dapat teratasi sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan

## **5.2 Saran**

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. klien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan klien dengan diagnosis medis Hematemesis Melena seperti segera membawa klien ke fasilitas kesehatan ketika timbul gejala-gejala seperti: muntah darah, dan BAB hitam serta tak kunjung selesai..
2. Rumah sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Mengadakan pelatihan internal yang diikuti oleh perawat khususnya semua perawat IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya mengenai perawatan pada klien dengan diagnosis medis Hematemesis Melana.

3. Perawat IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya hendaknya lebih meningkatkan pengetahuan serta skill dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis medis Hematemesis Melena misalnya dengan mengikuti seminar atau pelatihan tentang bagaimana tata laksana pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis medis Hematemesis Melena.
4. Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada klien dengan diagnosis medis Hematemesis Melena.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed, H. O., & Ahmed, S. H. (2020). Etiology of lower gastrointestinal bleeding in Sulaimani governorate-Kurdistan region-Iraq-retrospective cross-sectional study. *International Journal of Surgery Open*, 22, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2019.09.002>
- Dermawan. (2012). *Proses Keperawatan: Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*. Yogyakarta: Goysen.
- Dr. Lyndon, S. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pasien dengan Gagguan Fungsi Gastrointestinal*. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara.
- Frank, M. G., Beitscher, A., Webb, C. M., & Raabe, V. (2021). South American Hemorrhagic Fevers: A summary for clinicians. *International Journal of Infectious Diseases : IJID : Official Publication of the International Society for Infectious Diseases*, 105, 505–515. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.046>
- Handayani, T. N., & Sofyannur. (2018). Peran perawat dalam mengatasi kecemasan keluarga di instalasi gawat darurat. *JIM FKep*, IV(1), 33–40.
- Infitah, A. (2019). Asuhan Keperawatan pada Klien Hematemesis Melana dengan Perfusi Perifer Tidak Efektif di Paviliun Dahlia RSUD Jombang. *Fakultas Ilmu Kesehatan*.
- Jauhar, M. & B. (2013). Asuhan Keperawatan; Panduan Lengkap menjadi Perawat Profesional Jilid 2. In 1 (2nd ed.). Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Manurung. (2011). *Keperawatan Profesional*. Jakarta: TRans Info Medika.
- PPNI. (2017). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.; Tim pokja SDKI DPP PPNI, ed.). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat.
- PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Pratiwi, H. H. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hematemesis Melana Ec Sirosis Hepatis Di Irna Non Bedah Ruang Penyakit Dalam Rsup Dr. M. Djamil Padang.*, (2017).
- Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan; Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer & Bare. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* (12th ed.). Jakarta: EGC.
- Storm, A. C., Levy, M. J., Kaura, K., Abu Dayyeh, B. K., Cleary, S. P., Kendrick, M. L., ... Chandrasekhara, V. (2020). Acute and early EUS-guided transmural drainage of symptomatic postoperative fluid collections. *Gastrointestinal Endoscopy*, 91(5), 1085-1091.e1. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.11.045>
- Sudoyo. (2010). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* (5th ed.). Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Vania. *Asuhan Keperawatan Pada Ny. L Dengan Hematemesis Melana Di Ruang Rawat Inap Interne Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun*

2019. , (2019).

Wardhani, P. (2017). *Clinical Pathology And Majalah Patologi Klinik Indonesia dan Laboratorium Medik CLINICAL PATHOLOGY AND*. 24(1).

Zarin, M., Ali, S., Majid, A., & Jan, Z. U. (2018). Gastroduodenal artery aneurysm – Post traumatic pancreatic pseudocyst drainage – An interesting case. *International Journal of Surgery Case Reports*, 42, 82–84. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.11.049>

## Lampiran 1

### *CURRICULUM VITAE*

Nama : Intan Cahya Puspyta Loca S.Kep

Nim : 203.0053

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, Tanggal lahir: Sidoarjo, 02 Mei 1998

Agama : Islam

Email : puspytakahya@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Tahun 2004
2. SDN Kragan Sidoarjo Tahun 2010
3. SMP Bilingual Terpadu Krian Tahun 2013
4. MA Bilingual Krian Sidoarjo Tahun 2016
5. STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2020

## Lampiran 2

### MOTTO & PERSEMBAHAN

“Hidup itu seperti roda, agar tetap seimbang teruslah bergerak”

#### PERSEMBAHAN

Proposal ini saya persembahkan kepada :

1. Kedua orangtuaku, ibu dan bapak yang selalu mendoakan untuk kesuksesanku, terima kasih atas segala doa, kasih sayang, dukungan, bimbingan, dan perhatian yang telah diberikan kepada saya selama ini.
2. Saudara ku yang slalu menemani serta tetap ada disetiap waktu.
3. Teman terdekat saya Selvina, Rada, Avita, Esty, Sinta, dan Amelia yang senantiasa selalu menghibur dan menemani dalam penyusunan penelitian ini.
4. Teman sebimbingan (Selivina, Agung, Avita dan Pandu) dan terima kasih sudah saling memberikan semangat dan bantuanya menyusun proposal ini



### Lampiran 3

#### **SOP MANAJEMEN NYERI Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

##### **A. Definisi**

Metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri dan memberikan relaksasi pada pasien yang mengalami nyeri. Selain itu latihan nafas dalam merupakan cara bernafas yang efektif melalui inspirasi dan ekspirasi untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam, dan rileks. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh dan perasaan cemas sehingga mencegah stimulasi nyeri.

Ada tiga faktor yang utama dalam teknik nafas dalam:

1. Berikan posisi dengan tepat sehingga pasien merasa nyaman
2. Biarkan pasien memikirkan untuk beristirahat
3. Lingkungan yang santai/ tenang

##### **B. Tujuan**

1. Meningkatkan aliran udara dan oksigen dalam darah
2. Mengurangi rasa nyeri
3. Membantu dan meningkatkan relaksasi
4. Meningkatkan kualitas tidur
5. Menmbantu mengeluarkan gas anastesi yang tersisa didalam jalan nafas.

##### **C. Indikasi**

Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri akut atau nyeri kronis

##### **D. Prosedur**

1. Tahap pra interaksi
  - a. Membaca mengenai status pasien

- b. Mencuci tangan
  - c. Menyiapkan alat
  - d. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien
  - e. Validasi kondisi pasien saat ini
  - f. Menjaga keamanan privasi pasien
  - g. Menjelaskan tujuan & prosedur yang akan dilakukan terhadap pasien & keluarga
2. Tahap kerja
- a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas
  - b. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
  - c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
  - d. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmat rasanya
  - e. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)

- f. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
  - g. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya
  - h. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
  - i. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
  - j. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali
3. Tahap terminasi
- a. Evaluasi hasil gerakan
  - b. Lakukan kontrak untuk melakukan kegiatan selanjutnya
  - c. Cuci tangan

(Sumber: Potter & Perry, 2010)

## Lampiran 4

### SOP LATIHAN GERAK ROM ROM Pasif

#### A. Pengertian Range of movement (ROM)

ROM merupakan latihan gerak sendi yang dilakukan oleh perawat kepada pasien.

#### B. Indikasi ROM

Pasien yang bedrest lama dan beresiko untuk terjadi kontraktur persendian .

#### C. Tujuan ROM

1. Memperbaiki tingkat mobilitas fungsional ekstremitas klien, mencegah kontraktur dan pengecilan otot dan tendon
2. meningkatkan sirkulasi darah pada ekstremitas, menurunkan komplikasi vaskular imobilisasi dan meningkatkan kenyamanan klien

#### D. Persiapan Tempat dan Alat

1. Tempat tidur
2. Bantal
3. Balok drop food
4. Hanskoon

#### E. Persiapan Pasien

1. Menjelaskan tujuan pelaksanaan
2. Mengatur posisi lateral lurus (terlentang biasa)

#### F. Persiapan Lingkungan

1. Menutup pintu dan jendela
2. Memasang tabir dan tirai

## G. Pelaksanaan ROM Aktif dan Pasif

### a. Leher

1). Letakkan tangan kiri perawat di bawah kepala pasien dan tangan kanan pada pipi/wajah pasien.

2). Lakukan gerakan:

- a) Rotasi: tundukkan kepala, putar ke kiri dan ke kanan.
- b) Fleksi dan ekstensi: gerakkan kepala menyentuh dada kemudian kepala sedikit ditengadahkan.
- c) Fleksi lateral: gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu hampir bersentuhan.

3). Observasi perubahan yang terjadi.

### b. Bahu

1). Fleksi/Ekstensi

- a) Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- b) Angkat lengan pasien pada posisi awal.
- c) Lakukan gerakan mendekati tubuh.
- d) Lakukan observasi perubahan yang terjadi. Misalnya: rentang gerak bahu dan kekakuan.

2). Abduksi dan Adduksi

- a) Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.

- b) Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya ke arah perawat (ke arah samping).
- c) Kembalikan ke posisi semula.
- d) Catat perubahan yang terjadi. Misal: rentang gerak bahu, adanya kekakuan, dan adanya nyeri.

### 3). Rotasi Bahu

- a) Atur posisi lengan pasien menjauhi dari tubuh (ke samping) dengan siku menekuk.
- b) Letakkan satu tangan perawat di lengan atas dekat siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- c) Lakukan rotasi bahu dengan lengan ke bawah sampai menyentuh tempat tidur.
- d) Kembalikan lengan ke posisi awal.
- e) Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.
- f) Kembalikan ke posisi awal.
- g) Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak bahu, adanya kekakuan, dan adanya nyeri.

### c. Siku

#### 1). Fleksi dan Ekstensi

- a) Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan telapak mengarah ke tubuh pasien.
- b) Letakkan tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya

- c) Tekuk siku pasien sehingga tangan pasien mendekati ke bahu.
- d) Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
- e) Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya, rentang gerak pada siku, kekakuan sendi, dan adanya nyeri.

f) Lengan bawah

2). Pronasi dan Supinasi

- a) Atur posisi lengan pasien dengan siku menekuk/lurus.
- b) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan tangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- c) Putar lengan bawah pasien ke arah kanan atau kiri.
- d) Kembalikan ke posisi awal sebelum dilakukan pronasi dan supinasi.
- e) Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak lengan bawah dan kekakuan.

d. Pergelangan tangan

1). Fleksi dan Ekstensi

- a) Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk.
- b) Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.
- c) Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.
- d) Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya, rentang gerak pergelangan dan kekakuan sendi.

e. Jari-jari

1). Fleksi dan Ekstensi

- a) Pegang jari-jari tangan pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang pergelangan.
  - b) Bengkokkan (tekuk/fleksikan) jari-jari ke bawah.
  - c) Luruskan jari-jari (ekstensikan) kemudian dorong ke belakang (hiperekstensikan).
  - d) Gerakkan kesamping kiri kanan (Abduksi-adduksikan).
  - e) Kembalikan ke posisi awal.
  - f) Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.
- f. Paha
- 1). Rotasi
    - a) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas lutut pasien.
    - b) Putar kaki ke arah pasien.
    - c) Putar kaki ke arah pelaksana.
    - d) Kembalikan ke posisi semula.
    - e) Observasi perubahan yang terjadi.
  - 2). Abduksi dan Adduksi
    - a) Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
    - b) Angkat kaki pasien kurang lebih 8 cm dari tempat tidur dan pertahankan posisi tetap lurus. Gerakan kaki menjauhi badan pasien atau ke samping ke arah perawat.
    - c) Gerakkan kaki mendekati dan menjauhi badan pasien.



- d) Kembalikan ke posisi semula.
  - e) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.
  - f) Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan adanya kekakuan sendi.
- g. Lutut
- 1). Fleksi dan Ekstensi
  - a) Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.
  - b) Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
  - c) Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada pasien sejauh mungkin dan semampu pasien.
  - d) Turunkan dan luruskan lutut dengan tetap mengangkat kaki ke atas.
  - e) Kembalikan ke posisi semula.
  - f) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan
  - g) Observasi perubahan yang terjadi. Missal, rentang gerak dan adanya kekakuan sendi.
- h. Pergelangan kaki
- 1). Fleksi dan Ekstensi
  - a) Letakkan satu tangan pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks.

- b) Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada atau ke bagian atas tubuh pasien.
- c) Kembalikan ke posisi awal.
- d) Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien. Jari dan telapak kaki diarahkan ke bawah.
- e) Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan kekakuan.

## 2). Infersi dan Efersi

- a) Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan tangan kita (pelaksana) dan pegang pergelangan kaki pasien dengan tangan satunya.
- b) Putar kaki dengan arah ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
- c) Kembalikan ke posisi semula.
- d) Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain.
- e) Kembalikan ke posisi awal
- f) Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.

## i. Jari-jari

### 1). Fleksi dan Ekstensi Jari-jari

- a) Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki.
- b) Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah.
- c) Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang.
- d) Gerakan ke samping kiri kanan (Abduksi-adduksikan).

- e) Kembalikan ke posisi awal.
- f) Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.
- g) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.
- h) Catat perubahan yang terjadi. Misal: rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.

#### H. Sikap Selama Pelaksanaan ROM

- 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah
- 2. Menjamin Privacy pasien
- 3. Bekerja dengan teliti
- 4. Memperhatikan body mechanism.

#### I. Evaluasi ROM

- 1. Tidak terjadi cedera
- 2. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan
- 3. Peningkatan rentang gerak sendi.

## Lampiran 5

### SOP TINDAKAN INJEKSI INTRAVENA

Ketentuan:

1. Injeksi ini dilakukan dengan menyuntikkan obat ke dalam pembuluh darah vena
2. Injeksi intravena diberikan jika diperlukan reaksi obat yang cepat
3. Sudut penyuntikan 15o-30 o kemudian sejajar dengan vena
4. Tempat penyuntikan pada vena yang terlebih dahulu dicari vena bagian distal kemudian ke bagian proksimal

#### 1. Persiapan

Alat:

- |                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| a. Spuit dengan jarum no.22-25 | f. Tourniquet  |
| b. Kapas alkohol               | g. Bak injeksi |
| c. Obat dari ampul atau vial   | h. Bengkok     |
| d. Sarung tangan bersih        | b. Perlak      |
| e. Catatan pengobatan          |                |

Pasien:

- a. Sapa pasien dengan senyum ramah
  - b. Jelaskan prosedur tindakan
- #### 2. Kerja
- a. Tutup tirai atau pintu
  - b. Cuci tangan
  - c. Ambil obat sesuai dosis
  - d. Pakai sarung tangan

- e. Posisikan pasien nyaman dan rileks
- f. Tentukan vena yang akan ditusuk ( vena basilika dan vena chefalika), syarat vena: tidak bercabang, bukan bekas tusukan, kulit tidak berbulu.
- g. Pasang perlak di bawah area yang akan disuntik
- h. Bila vena sudah ditemukan ( misal vena basilika) atur lengan lurus dan pasang tourniquet sampai vena benar-benar dapat dilihat dan diraba
- i. Siapkan spuit yang sudah berisi obat, bila masih terdapat udara dalam spuit, maka udara harus dikeluarkan
- j. Bila klien terpasang veinflon, bersihkan port penyuntikan yang mengarah ke aliran iv yang utama dengan kapas alkohol.
- k. Buka aliran port i.v tersebut dan buka jarum spuit kemudian masukkan spuit tanpa jarum ke dalam veinflon dan suntikkan obat.
- l. Tusukkan jarum ke dalam vena dengan posisi jarum sejajar dengan vena dengan sudut 15-30°
- m. Lakukan aspirasi dengan cara menarik plunger spuit. Bila darah sudah terhisap lepaskan tourniquet dan dorong obat pelan-pelan ke dalam vena
- n. Setelah obat masuk vena, segera tarik spuit, usap dengan kapas alkohol dengan sedikit menekan
- o. Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman.
- p. Tutup dan buang spuit, ampul / vial ditempat yang telah tersedia (sampah medis untuk benda tajam)
- q. Observasi respon pasien terhadap penyuntikan
- r. Lepas sarung tangan dan cuci tangan

- s. Dokumentasikan prosedur (5T+1W: Tepat obat, tepat dosis, tepat pasien, tepat waktu, tepat cara pemberian dan waspada)
  - t. Observasi efek samping obat (kemerahan, nyeri dan panas)
3. Terminasi
- a. Berikan pujian pada klien
  - b. Ucapkan terima kasih