



POLTEKKES KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HEMATEMESIS
MELENA E_c SIROSIS HEPATIS DI RUANGAN IRNA NON BEDAH
PENYAKIT DALAM RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

NADYA OKDILLA

NIM : 203110140

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HEMATEMESIS
MELENA *E*c SIROSIS HEPATIS DI RUANGAN IRNA NON BEDAH
PENYAKIT DALAM RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan ke Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kementerian
Kesehatan RI Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelara Ahli Madya Keperawatan**

NADYA OKDILLA

NIM : 203110140

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

BULANAN PENGUNJAMAN

Konsep Tesis tersebut telah dipaparkan melalui

- Nama: Natta Chellin
- NIM: 220210140
- Program Studi: D-III Keperawatan Pediatric
- Judul KTI: Analisis Keperawatan pada pasien dengan Demam tifoid
Malaria di Rumah Sakit Tipe II Cemping, STN, Sumatra Selatan
Pusat Kesehatan Masyarakat Padang

Telah berhasil dipertahankan oleh dosen Pembina Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada program studi D-III Keperawatan Pediatric, Jurusan Keperawatan Publik dan Komunitas di Padang.

Dewan Penguji

- Konsep penguji: Dr. Nona Lili, S.TP, M. Kes, Sp.KG
- Penguji 1: Dr. Nurul Anam, S.Pd, N. Kes
- Penguji 2: Dr. Yana Setiawan, S.Pd, N. Kes, Sp. Kes-PT
- Penguji 3: Dr. Umami Nurul Anam, S.Pd, N. Kes, Sp. Kes-PT
- Ditandatangani di: Padang, Sumatera Padang
- Tanggal: 21 Juni 2023

Keperawatan
Jurusan Ilmu Keperawatan Padang
Pusat Kesehatan Masyarakat Padang

Dr. Yana Setiawan, S.Pd, N. Kes, Sp. Kes-PT
NIP. 19790111 199802 2 000

Padang, Sumatera Padang

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-NYA, Peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ” Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis Di Ruang Irna Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2023”.

Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk melakukan penelitian. Peneliti menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih terutama kepada ibu Ns. Yossi Suryarinilsih, M.Kep, Sp.Kep.MB selaku pembimbing I, dan bapak Ns. Hendri Budi, M.Kep, Sp.MB selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing peneliti. Selanjutnya peneliti ucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Renidayati, M.Kep, Sp.Kep.Jiwa selaku Direktur Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak DR. dr. Yusirwan Yusuf, Sp.B, Sp.BA (K) MARS selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah mengizinkan untuk melakukan penelitian.
3. Bapak Tasman, M.Kep, Sp.Kom selaku ketua jurusan keperawatan padang politeknik kementerian kesehatan RI Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku ketua program studi D-III keperawatan padang politeknik kementerian kesehatan RI Padang.
5. Ibu Ns. Elvia metti, M.Kep, Sp.Kep, Mat selaku pembimbing akademik yang banyak membantu dalam masa perkuliahan.
6. Bapak/ibu Dosen dan Staf program studi keperawatann padang yang telah membantu dan memberikan bekal ilmu untuk penelitian.
7. Teristimewa kepada Kedua orang tua, abang, kakak, kakak ipar dan adeksaya, tercinta yang telah memberikan semangat dan dukungan serta doa sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan lancar.

8. Terimakasih kepada rekan-rekan seperjuangan D-III Keperawatan yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu peneliti menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang,05 Juni 2023

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang Berjudul "Analisa Sifat-sifat Fisika, Kimia, dan Biologi Makanan Ikan Nilotis (Haplochromis Niloticus) yang Budidaya Perikanan Dalam RUMAH TANI (KUBANG PADANG)" ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di database Unnes Program Studi LKRY (Layanan Publikasi) Program Studi S-1 Pendidikan Teknologi dan Kejuruan Universitas Gunadarma XI Padang.

Padang, 29 Mei 2023

Melalui,

Pesertanya 1

N. Yana Nurcahyani, S.Kom, S.Pd, M.Pd
NIP. 19780713 199001 1 003

N. Dinda/ Dinda Sari M.Kom, S.Pd
NIP. 19940114 200901 1 002

Mengucapkan,

Ketua Prodi S-1 Pendidikan Teknologi dan Kejuruan

Peternakan, Universitas Gunadarma XI Padang

N. Yana Nurcahyani, S.Kom, S.Pd, M.Pd
NIP. 19780713 199001 1 003

Penyusunan: N. Yana Nurcahyani, S.Kom, S.Pd, M.Pd

LEMBAR ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Nadya Okalila

NIM : 203110140

Tanda Tangan :



Tanggal : 05 Juni 2023

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Nadya Okdilla
Nim : 203110140
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang, 18 November 2001
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum menikah
Alamat : Jalan Maransi Air Pacah Gang Nurul Fallah, Rt 001 Rw 005, Kecamatan Air Pacah, Kelurahan Koto Tengah , Padang , Sumatera Barat.

Orang Tua

Ayah : Alm. Kanedi.ST
Ibu : Deni herawati

Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Ajaran
1	TK MUTIARA	2007-2028
2	SDN 55 AIR PACAH	2008-2014
3	SMPN 22 PADANG	2014-2017
4	SMAN 12 PADANG	2017-2020
5	POLTEKKES KEMENKES RI PADANG	2020-2023

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, 05 Juni 2023
Nadya Okdilla**

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis Di Ruangan Irna Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang.

Isi : xiii + 78 Halaman + 1 Tabel + 1 Bagan + 13 Lampiran

ABSTRAK

Hematemesis melena merupakan salah satu komplikasi pada penyakit sirosis hepatis. Kejadian hematemesis melena atau perdarahan pada saluran pencernaan bagian atas dinegara barat mencapai 100 jiwa per 100.000 jiwa/tahun, dan kejadian di Indonesia sebagian besar (70-85%) melena disebabkan oleh pecahnya varises esophagus yang terjadi pada pasien sirosis hepatis. kejadian di RSUP Dr. M.Djamil Padang pada tahun 2020 terdapat 202 kasus hematemesis melena. Hematemesis melena adalah merupakan salah satu kasus gawat darurat, kondisi dimana klien mengalami muntah darah yang disertai dengan buang air besar (BAB) berdarah dan berwarna hitam. Tujuan penelitian ini untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien hematemesis melena ec. Sirosis hepatis.

Jenis penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan desain studi kasus yang dilaksanakan di ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M.Djamil Padang dari bulan November sampai Juni 2023 dan Pelaksanaan Penelitian ini dari tanggal 27 April sampai 2 Mei 2023. Populasi penelitian seluruh pasien hematemesis melena ec. Sirosis hepatis di ruangan IRNA Non Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang. Sample di ambil 1 orang dengan metode purpose sampling dengan instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian keperawatan dimulai dari anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dan dokumentasi.

Hasil penelitian ditemukan pada pasien mengatakan muntah darah dan BAB berdarah bewarna seperti aspal yang lengket, nafsu makan berkurang, berat badan berkurang, mual dan muntah. Masalah keperawatan yaitu resiko pendarahan, perfusi perifer tidak efektif, defisit nutrisi, dan intoleransi aktivitas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari beberapa masalah keperawatan belum teratasi sehingga intervensi masih dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Diharapkan bagi perawat dengan harapan perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan profesional sesuai dengan standart asuhan keperawatan dan kode etik keperawatan.

**Kata Kunci : Hematemesis melena, sirosis hepatis, askep
Daftar Pustaka : 35 (2013-2022)**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
LEMBAR ORISINALITAS	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	7
A. Konsep Dasar Hematemesis Melena	7
1. Pengertian	7
2. Etiologi.....	7
3. Manifestasi Klinis	12
4. Patofisiologi.....	13
5. WOC	15
6. Dampak Masalah	16
7. Penatalaksanaan.....	17
B. Asuhan Keperawatan Teoritis	21
1. Pengkajian Keperawatan	21
2. Diagnosa Keperawatan	27
3. Intervensi Keperawatan.....	27
4. Implementasi Keperawatan	39
5. Evaluasi Keperawatan.....	39

BAB III METODE PENELITIAN	40
A. Desain Penelitian.....	40
B. Tempat dan Waktu Penelitian	40
C. Subject Penelitian.....	40
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data.....	43
E. Cara Pengumpulan Data	43
F. Jenis – Jenis Data	44
G. Analisa	44
BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS	
A. Deskripsi Kasus.....	45
B. Pembahasan Kasus	54
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	70
B. Saran	74
DAFTAR PUSTAKA.....	76
LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

Gambar 2.1 WOC Penyakit Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis 15

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan Pada Kasus Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis.....	27
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Karya Tulis Ilmiah (GANCHART)
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi Tulis Karya Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
- Lampiran 4 Surat Izin Pengambilan Data dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data Dari RSUP DR. M. Djamil Padang
Untuk Rekam Medis Dan Ruangan
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 7 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik dari RSUP Dr. M. Djamil padang
- Lampiran 8 Surat Izin Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 9 Surat Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 10 Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 11 Surat Selesai Penelitian dari RSUP Dr. M Djamil Padang
- Lampiran 12 Format Laporan Asuhan Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Sistem pencernaan memegang peranan penting dalam tubuh manusia, yang mana akan mencerna makanan dan menyerap nutrisi yang diperlukan oleh tubuh. Pada sistem pencernaan terdapat organ-organ yang memiliki fungsi tersendiri, mulai dari mulut, esofagus, lambung dan usus serta organ diluar saluran pencernaan yang memiliki peranan penting dalam sistem pencernaan yang memiliki peranan penting dalam sistem pencernaan seperti hati, pancreas, dan kandung empedu. Sistem pencernaan atau yang dikenal dengan sistem gastrointestinal diperdarahi sekitar 25% - 30% dari curah jantung, hampir semua darah balik vena dari sistem sirkulasi saluran cerna ini bermuara pada vena portal. Akibatnya apabila terjadi gangguan pada hati akan mengganggu sistem portal sehingga menyebabkan sirosis hepatis (Smeltzer dan Bare, 2013). Sirosis hepatis merupakan penyakit yang menyebabkan perubahan bentuk parenkim hati dan gangguan fungsi hati sebagai terjadinya penurunan perpusi dan berkomplikasi terhadap hipertensi portal yang dapat menimbulkan varises esophagus (Sutrisna, 2020).

Varises esophagus yang terjadi pada suatu waktu mudah pecah, sehingga menyebabkan perdarahan yang massif pada saluran cerna, sehingga darah didalam vena hepatica menjadi terhambatnya, yang menyebabkan peningkatan tekanan vena porta yang mengakibatkan terbentuknya saluran kolateral pada esophagus (varises esophagus). Peningkatan yang terus menerus dan tidak diatasi dapat menyebabkan varises esophagus pecah dan terjadinya perdarahan pada saluran cerna atas atau disebut juga dengan hematemesis dan melena (Sutrisna, 2020). Hematemesis melena adalah merupakan salah satu kasus gawat darurat, 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). Hematemesis yang terjadi akibat dari perdarahan varises esophagus tanpa didahului rasa nyeri di epigastrium, dimana darah yang keluar berwarna kehitam-hitaman dan tidak akan membeku karena bercampurnya darah dengan asam lambung. Hematemesis disebabkan oleh pecahnya varises esophagus yang terjadi pada pasien sirosis hati ditandai dengan tanda dan gejala seperti pembesaran hati, asites, varises, dan edema (Wardhani, 2017).

Komplikasi dari hematemesis melena dapat menyebabkan anemia posthemoragik yaitu kehilangan darah yang mendadak dan tidak disadari, koma hepaticum atau ensefalopati yaitu neuropsikiatrik yang ditandai dengan perubahan kesadaran, syok hipovolemik atau syok preloat, aspirasi pneumoni yaitu infeksi paru yang diakibatkan karena cairan yang masuk ke dalam saluran nafas, gangguan metabolic, gagal ginjal akut dan menyebabkan kematian (Lyndon, 2014).

Kejadian hematemesis melena atau perdarahan pada saluran pencernaan bagian atas dinegara barat mencapai 100 jiwa per 100.000 jiwa/tahun, kejadian ini laki-laki lebih banyak dari pada wanita. Insidensi ini meningkat sesuai dengan bertambahnya usia. Di Indonesia kejadian ini nyatanya dipopulasi tidak diketahui (Milani, 2015). Menurut *world health organization* (WHO) pada tahun 2018, jumlah kasus kematian sirosis hepatitis rata-rata usia >15 tahun yaitu Myanmar pada laki-laki 111,4 per 100.000 populasi dan untuk perempuan 47,3 per 100.000 populasi dengan jumlah 158,7 per 100.000 populasi. Sedangkan jumlah kematian kasus sirosis hepatitis di Indonesia untuk laki-laki 51,1 per 100.000 populasi dan untuk perempuan 27,9 per 100.000 populasi dengan jumlah 78,2 per 100.000 populasi. Menurut *world health organization* (WHO) pada tahun 2022, virus hepatitis C (HCV) mengakibatkan infeksi akut dan kronis. Infeksi HCV akut biasanya tanpa gejala dan sebagai besar tidak menyebabkan penyakit yang mengancam nyawa. Sekitar 30% (15-45%) orang terinfeksi secara langsung membersihkan virus dalam jangka waktu 6 bulan setelah infeksi tanpa pengobatan apa pun.

Sisa 70% (55-85) orang akan mengembangkan infeksi HCV kronis. Dari yang terkena infeksi HCV kronis, risiko sirosis berkisaran antara 15% sampai 30% dalam jangka waktu 20 tahun. Di Indonesia sebagian besar (70-85%) melena disebabkan oleh pecahnya varises esophagus yang terjadi pada pasien sirosis hepatis sehingga prognosisnya tergantung dari penyakit yang mendasarinya(Melani,2015)

Data dari laporan riset kesehatan dasar (RISKESDAS) tahun 2018 prevalensi hepatitis di Indonesia merupakan sebesar 0,39% dengan karakteristik jenis kelamin prevalensi laki-laki 0,40 dan prevalensi perempuan 0,39%.Data dari laporan riset kesehatan dasar (RISKESDAS) pada tahun 2018 prevalensi hepatitis disumatera barat adalah sebesar 0,36% dengan karakteristik jenis kelamin laki-laki 0,32% dan perempuan 0,40% dengan kabupaten/kota tertinggi pertama adalah kota solok dengan prevalensi 0,59% dan yang kedua kota bukittinggi dengan prevalensi 0,58% dan karakteristik kelompok umur 15-24 tahun 0,35% dan 25-34 tahun 0,35%, 35-44 tahun 0,43% umur 45-54 tahun 0,22%, umur 55-64 tahun 0,35%, dan 65-74 tahun 0,49%, sedangkan prevalensi hepatitis di Kota Padang adalah sebesar 0,21% dengan rata-rata populasi 6.464 untuk setiap data.

Tingginya angka kejadian hematemesis melena pada umumnya dipengaruhi oleh adanya infeksi pada bagian saluran cerna, dampak dari hematemesis melena dapat menyebabkan kehilangan darah yang mendadak dan tidak sadari, hepaticum atau ensefalopati (Lyndon.2014). Dampak dari hematemesis melena, maka perlu dilakukan asuhan keperawatan. Dalam menegakkan asuhan keperawatan pada pasien hematemesis melena ec sirosis hepatis perawat berperan dalam melakukan pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan yang berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan sehingga menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas dan dapat

mengatasi pendarahan pada pasien melena. Dan peran perawat dapat memberi edukasi yang disampaikan bisa berupa penyebab dan cara perawatan hematemesis melana. Bukan hanya itu perawat juga berperan dalam memberikan asuhan tentang pengambilan kesehatan emosi, spiritual, dan sosial. Serta perawat memiliki peran kolaboratif, yaitu berkolaborasi dengan tim medis lain untuk mencapai kesehatan yang maksimal bagi pasien (Hidayat dan Musrifatul, 2014)

Penelitian Harlina pratiwi hapsari, (2017) di rumah sakit RSUP. Dr. M. Djamil Padang didapatkan tanda dan gejala pada pasien hematemesis melena yaitu muntah berdarah, mual, nyeri diperut, dan terdapat BAB berdarah, dan didapatkan diagnose pada pasien Hematemesis melena yaitu risiko perdarahan, pola napas tidak efektif, nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas. Tindakan yang dilakukan pada pasien hematemesis melena yaitu memonitor tanda dan gejala perdarahan yang menetap yaitu muntah darah dan BAB berdarah, memantau status hemodinamik, memeriksa tanda-tanda vital, melatih teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, mengatur posisi yang nyaman, memberikan tranfusi darah, memberikan terapi cairan dan nutrisi parenteral sesuai order, memberikan terapi oksigen, dan membantu aktifitas sehari-sahari pasien.

Hasil data yang di dapatkan rekam medik rumah RSUP Dr. M. Djamil Padang terdapat kasus hematemesis melena pada tahun 2020 sebanyak 202 kasus. Mengalami peningkatan sebanyak 38 kasus pada tahun 2021 menjadi sebanyak 240 kasus. Hasil pendapatan survei awal yang dilakukan pada tanggal 29 november 2022 di ruangan Interne Pria RSUP. Dr. M. Djamil Padang terdapat dua orang pasien dengan diagnosis hematemesis melena yaitu Tn. D, yang memasuki hari rawatan ke enam. Tn. D terpasang IVFD RL 0,9%, 500 ml dan direncanakan untuk tranfusi PRC 1 kantong darah. Karena pasien tersebut mengatakan sebelum melakukan tranfusi PRC Hb nya 4. Selama di rawat Tn. D

mengalami BAB berwarna hitam bercampur dengan darah, perawat ruangan sudah melakukan asuhan keperawatan dengan baik yaitu dengan memberikan injeksi vitamin k dan tranexamic acid untuk mengurangi perdarahan dan serta pengaturan diet pasien diberikan diet MCDHI 4x200. Dari data yang didapatkan maka, masalah yang ditemukan pada pasien adalah Resiko Pendarahan, Perfusi Perifer Tidak Efektif, Resiko Defisit Nutrisi dan Nyeri Akut.

Berdasarkan latar belakang diatas maka dengan ini peneliti melaksanakan penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis diruang Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang ”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan peneliti diatas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis diruangan non bedah penyakit dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang”.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan Umum Penelitian Ini Adalah Untuk Mampu Mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis di ruangan irna non bedah penyakit dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2023.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu mendeskripsikan pengkajian pada pasien dengan hematemesis melena ec sirosis hepatis di ruang irna non bedah penyakit dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2023

- b. Mampu mendeskripsikan diagnose keperawatan pada pasien dengan hematemesis melena ec sirosis hepatis di ruangan non bedah penyakit dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2023.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan hematemesis melena ec sirosis hepatis di ruangan non bedah penyakit dalam RSUP Dr.M.Djamil pada tahun 2023.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien dengan hematemesis melena ec sirosis hepatis di ruangan irna non bedah penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.
- e. Mampu mendeskripsikan hasil evaluasi pada pasien dengan hematemesis melena ec sirosis hepatis di ruangan irna non bedah penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil penyakit dalam padang tahun 2023.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan dalam mengaplikasikan ilmu tentang penerapan asuhan keperawatan padapatient dengan hematemesis melena.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan pikiran dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan hematemesis melena.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai pembelajaran di prodi keperawatan padang dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan hematemesis melena.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai perbandingan dan bahan untuk penelitian keperawatan selanjutnya dan dapat menjadi referensi serta rujukan dalam pembuatan dan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan hematemesis melena.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Hematemesis Melena

1. Pengertian

Perdarahan saluran cerna yang merupakan setiap perdarahan dari saluran cerna (dari mulut sampai anus), yang dapat timbul sebagai hematemesis, melena, dan perdarahan rektal. Hematemesis didefinisikan sebagai muntah darah dan biasanya disebabkan oleh penyakit saluran cerna bagian atas, sedangkan melena adalah keluarnya feces berwarna hitam per rektal yang mengandung campuran darah, biasanya disebabkan oleh perdarahan usus proksimal (Grace& Borley, 2007).

Sementara itu menurut Bararah dan jauhar (2013) perdarahan saluran cerna atas adalah perdarahan yang berasal dari bagian proksimal ligamentum treitz dengan manifestasi klinik berupa hematemesis dan melena. Hematemesis adalah muntah yang mengandung darah berwarna merah terang atau kehitaman atau seperti ter. Pada perdarahan saluran cerna yang masif, darah yang keluar melalui rectum dapat berwarna merah terang (hematoksia) akibat waktu singgah yang cepat dalam saluran cerna.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hematemesis adalah muntah yang mengandung darah dengan warna merah terang ataupun gelap akibat dari perdarahan pada saluran cerna atas dan melena adalah keluarnya feces yang berwarna gelap dari rectum.

2. Etiologi

Hematemesis terjadi bila ada perdarahan di daerah proksimal jejunum dan melena dapat terjadi tersendiri atau bersama-sama dengan hematemesis. Paling sedikit terjadi perdarahan sebanyak 50-100 ml.

Banyaknya darah yang keluar selama hematemesis sulit dipakai sebagai patokan untuk menduga besar kecilnya perdarahan saluran makan bagian

atas. Hematemesis merupakan suatu keadaan yang gawat dan memerlukan perawatan segera di rumah sakit. Menurut (Nurarif, Amin dkk. 2015).

Menurut Hadi (2013), beberapa penyebab terjadinya hematemesis dan melena sebagai berikut :

a. Kelainan di Esofagus

1) Varises Esofagus

Siriosis hati adalah penyakit hati menahun yang mengenai seluruh organ hati, ditandai dengan pembentukan jaringan ikat disertai nodul. Keadaan tersebut terjadi karena infeksi akut dengan virus hepatitis dimana terjadi peradangan sel hati yang luas dan menyebabkan banyak kematian sel. Kondisi ini menyebabkan terbentuknya banyak jaringan ikat dan regenerasi noduler dengan berbagai ukuran yang dibentuk oleh sel parenkim hati yang masih sehat. Akibatnya penekanan pada pembuluh darah dan terganggunya aliran darah vena porta yang akhirnya menyebabkan hipertensi portal.

Varises esophagus merupakan manifestasi yang ditemukan pada penderita sirosis hati dengan hipertensi portal. Varises esofagys adalah pelebaran pembuluh darah dalam yang ada didalam korongna makan (esophagus). Mekanisme yang mendasari terjadinya varises esophagus ini adalah penyempitan pembuluh darah yang berasal dari esophagus untuk mengalir ke hati (liver). Pada keadaan yang terus berlangsung mengakibatkan aliran darah di dalam dinding esophagus melebar dan meningkat. Pelebaran ini dapat terjadi dalam bentuk yang kecil hingga besar, bahkan hingga besarnya dapat pecah menimbulkan perdarahan hebat.

Sifat perdarahan yang ditimbulkan ialah muntah darah atau hematemesis biasanya mendadak dan masif, tanpa didahului rasa nyeri di epigastrium dan darah yang dikeluarkan berwarna kehitaman serta tidak akan membeku karena sudah tercampur oleh asam lambung, biasanya setelah terjadi hematemesis akan disusul dengan melena.

2) Karsinoma Esofagus

Karsinoma esophagus sering ditandai dengan melena dari pada hematemesis, namun beberapa penderita mengalami hematemesis dengan perdarahan yang tidak masif. Secara panendoskopi terlihat jelas gambaran karsinoma yang hamper menutupi esophagus dan seperti bawah esofagus merupakan bagian yang mudah berdarah.

3) Sindroma Mallor-Weiss

Berdasarkan laporan oleh Mallory dan Weiss pada tahun 1929 yang pertama kali menemukan penderita alkoholik dengan keadaan muntah-muntah yang hebat dan perdarahan yang masif, akibat dari laserasi yang aktif serta ulserasi pada daerah kardia atau esofagus bagian bawah. Timbulnya laserasi yang akut tersebut dapat terjadi akibat terlalu sering muntah-muntah yang hebat, sehingga meningkatnya tekanan intra abdomen dan mengakibatkan pecahnya arteri di submukosa esofagus atau kardia. Gambaran semacam ini juga sering ditemukan pada wanita hamil yang mengalami muntah-muntah yang hebat atau dikenal dengan istilah hyperemesis gravidarum. Biasanya setelah penderita muntah-muntah berulang kali akan diikuti dengan keluhan nyeri epigastrium.

4) Esofagogastritis korosiva

Hal ini sering terjadi akibat benda asing yang mengandung asam sitrat dan asam HCL yang bersifat korosif mengenai mukosa mulut, esofagus dan lambung seperti yang terkandung dalam air keras (H_2SO_4). Sehingga penderita akan mengalami hematemesis, rasa panas terbakar dan nyeri pada mulut, dada, serta epigastrium.

5) Esofagitis dan tukak esofagus

Esofagitis bila sampai menimbulkan perdarahan lebih sering bersifat intermiten atau kronis dan biasanya ringan sehingga lebih sering menyebabkan melena dibandingkan hematemesis. Tukak di esofagus jarang sekali mengakibatkan perdarahan dibandingkan dengan tukak lambung atau duodenum.

b. Kelainan lambung

1) Gastritis erisovahemoragikat

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

2) Tukak lambung

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

3) Karsinoma lambung

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

c. Kelainan di Duodenum

1) Tukak di Duodeni

Tukak duodeni yang menyebabkan perdarahan secara panendoskopi terletak di bulbus, umumnya penderita mengeluh nyeri dan pedih di bagian abdomen atas agak ke kanan.

2) Karsinoma papilla vateri

Karsinoma papilla vateri merupakan penyebaran dari karsinoma di ampula, ampula vater adalah bagian yang menghubungkan saluran empedu dan saluran pankreas ke usus kecil yang mengatur aliran cairan pankreas dan empedu ke dalam usus melalui kontraksi dan relaksasi sfingter oddi. Kanker ini menyebabkan penyumbatan saluran empedu dan saluran pankreas yang pada umumnya sudah dalam fase lanjut. Gejala yang ditimbulkan selain kolestatik ekstrahepatal juga dapat menyebabkan perdarahan yang bersifat tersembunyi (*occult bleeding*). Tumor ampulla dapat menyebabkan anemia defisiensi Fe dan perdarahan massif pada saluran cerna bagian atas atau dimanifestasikan dengan hematemesis melena. Perdarahan merupakan gejala sekunder akibat adanya massa ampulla yang besar (2,5 x 2 x 2 cm).

3) Penyakit darah

Penyakit darah seperti leukemia, disseminated intravascular coagulation (DIC), purpura trombositopenia dan hemophilia. Kehilangan atau kerusakan pada salah satu sel darah yang mengakibatkan trombositopenia ini akan menyebabkan gangguan pada sistem hemostasis karena trombosit bersama dengan sistem vascular faktor koagulasi darah terlibat secara bersamaan dalam mempertahankan hemostasis normal. Manifestasinya sangat bervariasi perdarahan ringan, sedang sampai dapat mengakibatkan kejadian kejadian yang fatal.

Kadang juga asimtomatik (tidak bergejala). jika jumlah trombosit kurang dari 30.000/ML, bisa terjadi perdarahan abnormal meskipun biasanya gangguan baru timbul jika jumlah trombosit mencapai kurang dari 10.000/ML.

4) Penyakit sistematik lainnya

Ulkus stress adalah istilah yang diberikan pada ulserasi mukosa akut dari duodenal atau area lambung yang terjadi setelah kejadian pernah stress secara fisiologis. Kondisi stress seperti luka bakar, syok, sepsis berat , dan trauma dengan organ multiple dapat menimbulkan ulkus stress. Bila kondisi stress berlanjut ulkus akan meluas dan menyebabkan perdarahan pada lambung.

3. Manifestasi Klinis

Gejala dan tanda yang umum dijumpai pada pasien dengan diagnosis hematemesis melena menurut (Zarin et al.,2018) yaitu :

- a. Mual dan muntah dengan berwarna darah yang terang nausea atau mual merupakan sensasi psikis seseorang berupa kebutuhan untuk muntah namun tidak selalu diringi oleh muntah.
- b. Anoreksia adalah kehilangan nafsu makan merupakan gejala gangguan pencernaan dan terjadi dalam semua penyakit yang menyebabkan kelemahan umum.
- c. Disfagia atau sulit menelan merupakan kondisi dimana proses penyaluran makanan atau minuman melalui mulut ke lambung yang membutuhkan usaha lebih besar dan waktu yang lebih lama dibandingkan kondisi seseorang saat sehat.
- d. Feses yang berwarna hitam dan lengket terjadi perubahan warna yang disebabkan HCL lambung, pepsin dan warna hitam ini di duga karena adanya pigmen porfirin. Darah yang muncul dari duodenum dan jejunum akan tertahan pada saluran cerna sekitaran beberapa jam untuk merubah warna feses menjadi hitam

- e. Perubahan sirkulasi perifer seperti penurunan volume, penurunan kapilari refill, aklor teraba dingin.
- f. 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.

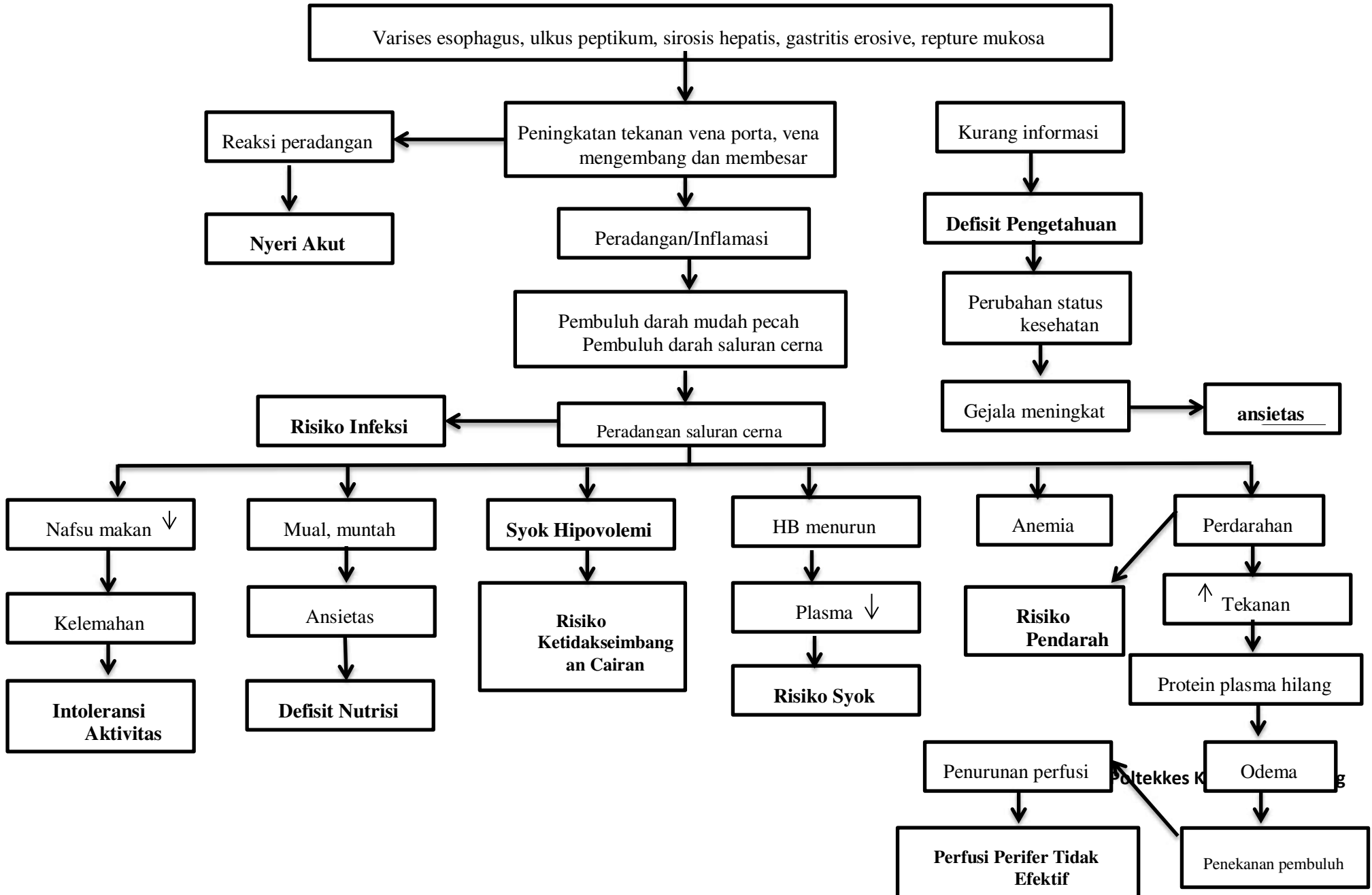
4. **Patofisiologi**

Penyakit sirosis hepatis, menyebabkan kematian sel mengakibatkan peningkatan tekanan pada vena porta. Sebagai akibatnya terbentuknya saluran kolateral dalam submukosa esophagus, lambung dan rectum serta pada dinding abdomen anterior yang 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 massif. 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 (Bararah&Jauhar,2013).

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 di duga 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).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 selama 48-72 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).

5. Woc



6. Dampak Masalah

Menurut Lyndon (2014) beberapa dampak masalah pada pasien dengan hematemesis melena diantaranya :

- 1) Dampak biologi (fisik)
 - a. Perdarahan dan anemia posthemorogik yaitu kehilangan darah yang mendadak dan tidak disadari
 - b. Koma hepaticum atau ensefalopati hepaticum yaitu suatu sindrom neuropsikiatrik yang ditandai dengan perubahan kesadaran, penurunan intelektual dan kelainan neurologis yang menyertai kelainan parenkim hati.
 - c. Syok hipolemik, disebut juga dengan syok preload yang ditandai dengan menurunnya volume intravaskuler oleh karena perdarahan. Terjadi karena kehilangan cairan tubuh yang lain, pada pasien syok berat, volume plasma dapat berkurang sampai lebih dari 30% dan berlangsung selama 24-28 jam.
 - d. Aspirasi pneumoni adalah infeksi paru yang terjadi akibat cairan yang masuk saluran napas. Biasanya disebabkan oleh aspirasi isi lambung yang bersifat kimia akibat bereaksi dengan asam lambung.
 - e. Gangguan keseimbangan metabolic
Apabila suplai oksigen dalam darah berkurang maka tubuh akan melakukan metabolisme anaerob, yang menghasilkan asam laktat, asam lemak, asam lemak dan keton sehingga pH darah akan menurun.
 - f. Gagal ginjal akut
Terjadi sebagai akibat dari syok yang tidak teratasi dengan baik. Kehilangan darah menyebabkan penurunan volume intravaskuler, dan dapat menyebabkan hipoperfusi ginjal sehingga menyebabkan penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG)
 - g. Kematian mendadak

2) Dampak psikososial

Dampak psikososial yang dialami pasien adalah perasaan tak mampu mengendalikan fungsi tubuh, perasaan takut karena fungsi dan struktur tubuh dan kepercayaan diri. Kehidupan sosialnya secara umum juga akan terganggu karena mengalami isolasi dan menarik diri, sehingga terjadi perubahan pada aktivitas sehari-hari, perubahan pola makan dan cara minum, serta perubahan pada pola seksual.

3) Dampak ekonomi

Secara ekonomi, pasien akan mengeluarkan banyak biaya untuk pelaksanaan diit khusus, biaya untuk alat-alat diversifikasi khusus, dan biaya pengobatan sedangkan pasien juga akan kehilangan pekerjaannya.

7. Penatalaksanaan

Menurut Bararah dan Jauhar (2013) penatalaksanaan pada pasien dengan hematemesis melena diantaranya sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Resusitasi cairan dan produk darah
- 2) Pasang askes intravena dengan kanul berdiameter besar.
- 3) Lakukan penggantian cairan intravena dengan RL atau normal saline.
- 4) Observasi tanda-tanda vital saat cairan diganti.
- 5) Jika kehilangan cairan > 1500 ml membutuhkan penggantian darah selain cairan, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan golongan darah dan *cross-match*
- 6) Penggunaan obat vasoaktif sampai cairan seimbang untuk mempertahankan tekanan darah dan perfusi organ vital, seperti dopamine, epinephrine, dan norepinephrine untuk

menstabilkan pasien.

b. Mendiagnosa penyebab pendarahan

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

c. Perawatan definitif

1) Terapi endoskopi

Pemeriksaan endoskopi dilaksanakan sedini mungkin untuk mengetahui secara tepat sumber perdarahan, baik yang berasal dari esophagus, lambung maupun duodenum.

2) Skleroterapi

Merupakan sebuah cara atau metode yang dipakai untuk mengobati varises atau spider veins dengan cara menyuntikan cairan khusus ke pembuluh vena agar menyusut.

3) Bilas lambung

- a) Dilakukan selama periode pendarahan akut
- b) Bilas lambung dengan 1000-2000- ml air atay normal salin steril dalam suhu kamar dimasukkan menggunakan *nasogastrotube* (NGT) dan kemudian dikeluarkan kembali
- c) Bilas lambung dengan menggunakan es tidak dianjurkan karena dapat menyebabkan perdarahan.
- d) Irigasi lambung dengan cairan normal saline agar menimmulkan vasokonstriksi, setelah diabsorpsi lambung.
- e) Pasien akan berisiko mengalami aspirasi lambung karena pemasangan NGT dan peningkatan tekanan intragastrik karena darah atau cairan yang digunakan untuk membias.

Pemantauan distensi lambung dengan membaringkan pasien kemudian meninggikan kepala agar mencegah refluk isi lambung.

f) Pemberian pitresin

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

g) Mengurangi asam lambung

Menurunkan keasaman sekresi lambung dengan obat histamine (H₂) antagonistic seperti sinetidin, ranitidine hidrokloride, fanotidin, dan antasida. Dosis tunggal akan menurunkan sekresi asam selama hampir 5 jam.

4) Memperbaiki status hipokoagulasi

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

5) Balon tamponade

Sebaiknya balon tamponade dilakukan sesudah penderita tenang dan kooperatif, sehingga bisa dijelaskan mengenai prosedur tindakan. Terdapat bermacam-macam balon tamponade antara lain tube sangtaken-blakemore, minnesoata, linton-nachlas yang mana dapat berfungsi untuk mengontrol pendarahan gastrointestinal bagian atas akibat varises esophagus.

6) Terapi pembedahan

- a) Reseksi lambung (antrektomi)
- b) Gastrektomi
- c) Gastroenrostomi

- d) Vagotomi
- e) Operasi dekompresi hipertensi porta

b. Penatalaksanaan keperawatan

Menurut smeltzer dan bare (2013) serta bararah dan jauhar (2013) Penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan hematemesis melena antara lain sebagai berikut:

1) Pengaturan posisi

- a) 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 esophagus.

c) Pemasangan NGT

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

d) Bilas lambung

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

e) Pengaturan Diit

Pasien dianjurkan untuk berpuasa sekurang-kurangnya sampai 24 jam setelah perdarahan berhenti. Penderita mendapatkan nutrisi secara parenteral total sampai perdarahan berhenti. Dapat diberikan diit makanan cair.

Terapi total parental yang dapat digunakan seperti tutofusin 500 ml, trofusin E 1000, dan aminofusin hepar L 600.

- f) Lubang hidung harus segera diperiksa, diberikan dan diberikan pelumas untuk mencegah area penekanan yang disebabkan area penekanan oleh selang.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis

1. Pengkajian keperawatan

a. Identifikasi pasien

Umumnya berisikan nama, nomor rekam medik, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rs, dan diagnose 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,2009).

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan pasien sehingga pasien pergi ke dokter atau mencari pertolongan. Dalam menulis keluhan utama harus disertai dengan indicator waktu, berapa lama pasien akan mengalami hal tersebut (sudoyo,2009) 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 esophagus tidak mengeluh nyeri atau pedih pada epigastrium, BAB berwarna gelap, dan badan terasa lemah akibat kehilangan banyak darah (Hadi,2013)

2) 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 esophagus 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 terasa lemah, pasien juga akan terlihat pucat, membrane mukosa kering dan pucat, turgor kulit buruk, intake dan output cairan tidak seimbang (Sudoyo,2009).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu 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 (Hadi,2013)

4) 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 alcohol (Sudoyo,2009)

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Sebelum melakukan pemeriksaan fisik, dapat di perhatikan bagaimana keadaan umum pasien melalui ekspresi wajahnya dan tanda-tanda spesifik lainnya. Keadaan umum pasien dapat dibagi atas dampak 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,2009)

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. Karena pada pasien sirosis hepatis dengan perdarahan cenderung mengalami koma hepaticum (Sudoyo,2009)

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,2009)

4) 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, sclera ikterik akibat gangguan pada hati, pupil isokhor, mata cekung

Palpasi : biasanya tidak edema palpebral

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 semetris, 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 jugalaris

Palpasi : biasanya tidak terjadi pembengkakan kelenjer getah bening dan kelejer tiroid.

g) Thorak

i. Paru-paru

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

Palpasi : biasaya fremitus kiri kanan sama

Perkusi : biasanya sonor

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

ii. Jantung

Inspeksi : biasanya ictus cordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya ictus cordis teraba

Perkusi : biasanya pekak pada batas-batas jantung

Perkusi : biasanya irama jantung regular

iii. Abdomen

Inspeksi : biasanya ada asites ditandai dengan distensi abdomen serta umbilicus yang menonjol

Palpasi : biasanya ada nyeri tekan

Perkusi : biasanya timpani

Auskultasi : biasanya terdapat obstruksi usus ditandai dengan bising usus.

h. Ekstremitas

Atas : biasanya ada edema, CRT < 3 detik, akral teraba dingin.

Bawah : biasanya ada edema, CRT < 3 detik, akral teraba dingin.

i. Genitalia

Inspeksi : biasanya tidak terjadi gangguan pada genitalia.

b. Pemeriksaan penunjang

Menurut Hadi (2013) dalam menegakkan penyebab diagnose pada pasien hematemesis melena diperlukan pemeriksaan penunjang diantaranya sebagai berikut.

1. Pemeriksaan laboratorium

- a) Hitung darah lengkap untuk mengetahui penurunan hb, ht, jumlah eritrosit dan peningkatan leukosit.
- b) Profil hematologi, untuk mengetahui perpanjangan masa protombin dan tromboplastin, biasanya terjadi peningkatan.
- c) Pemeriksaan kimia darah biasanya menunjukkan peningkatan kadar BUN, natrium, total bilirubin dan ammonia, serta penurunan kadar albumin.
- d) Elektrolit, untuk mengetahui penurunan kalium serum, peningkatan natrium, glukosa serum, dan laktat.
- e) Gas darah arteri dan test faal hati, untuk mengetahui terjadinya alkalosis respiratori dan hipoksemia, serta gangguan kelainan fungsi hati apabila penderita mengalami sirosis hepatis dengan pecahnya varises esophagus.
- f) Test faal ginjal untuk mengetahui ada tidaknya kelainan fungsi ginjal.

2. Pemeriksaan Radiologis

- a) Dilakukan dengan pemeriksaan esopagogram untuk darah esophagus dan double contrast untuk lambung dan duodenum.

- b) Pemeriksaan tersebut dilakukan pada berbagai posisi terutama pada 1/3 distal esophagus, kardia, dan fundus lambung untuk mengetahui ada tidaknya varises sedini mungkin setelah hematemesis berhenti.

3. Pemeriksaan endoskopi

- a) Untuk menentukan asal dan sumber perdarahan
- b) Keuntungan lain yaitu dapat diambil foto, aspirasi cairan dan biopsy untuk pemeriksaan sitopatologik, pemeriksaan dilakukan sedini mungkin setelah hematemesis berhenti.

2. Diagnosa keperawatan

Kemungkinan diagnose keperawatan yang mungkin muncul dalam standar diagnosis keperawatan Indonesia (2017) yaitu

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
- b. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan gastrointestinal
- c. Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

3. Rencana tindakan keperawatan

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi perifer tidak efektif meningkat dengan kriteria hasil : (L.02013)	Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (mis.nadi

	<p>Defenisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>b. Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>c. Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengisian kapiler >3 detik 2) Nadi perifer menurun dan tidak teraba 3) Akral teraba dingin 4) Warna kulit pucat 5) Turgor kulit menurun <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>a.subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) parastesia 2) nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) <p>b. Objektif</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Warna kulit pucat meningkat 2. Edema perifer menurun 3. Kekuatan nadi perifer meningkat 4. Turgor kulit membaik 5. Akral membaik 	<p>perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah diarea keterbatan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas
--	--	---	--

	<p>1) edema</p> <p>2) penyembuhan luka lambat</p> <p>3) indeks ankle-brachial <0,90</p> <p>4) Bruit femoralis</p>		<p>dengan keterbatasan perifer</p> <p>3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniket pada area yang cedera</p> <p>4. Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>5. Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>6. Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan berhenti merokok</p> <p>2. Anjurkan olahraga rutin</p>
2.	<p>Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan gastrointestinal (D.0012)</p> <p>Defenisi : berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat perdarahan menurun dengan hasil kriteria : (L.02017)</p> <p>1. Kelembaban membrane mukosa meningkat</p> <p>2. Kelembaban kulit meningkat</p>	<p>Pencegahan perdarahan (I.020670)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor tanda gejala perdarahan</p> <p>2. Monitor nilai hematocrit atau hemoglobin</p>

	<p>didalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Hemoglobin membaik 4. Hematocrit membaik 5. Tekanan darah 120/80 mmHg membaik 6. Suhu tubuh 36,5-37,5 `C membaik 	<p>sebelum dan setelah kehilangan darah</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor tanda-tanda vital 4. Monitor koagulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan bedrest selama perdarahan 2. Batasi tindakan invasive, jika perlu 3. Gunakan kasur pencegahan decubitus 4. Hindari pengukuran suhu rektal <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K 3. Anjurkan
--	---	--	---

			<p>menghindari aspirin atau antikoagulan</p> <p>4. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat pengontrolan perdarahan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu
3.	Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyero non verbal

		<p>menurun</p> <p>7. Perasaan depresi (tertekan)</p> <p style="padding-left: 40px;">a. menurun</p> <p>8. Anoreksia menurun</p> <p>9. Frekuensi nadi membaik</p> <p>10. Pola nafas membaik</p> <p>11. Tekanan darah membaik</p> <p>12. Nafsu makan membaik</p> <p>13. Pola tidur membaik</p> <p>14. Fungsi kemih membaik</p>	<p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik</p>
--	--	---	---

			<p>nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis.terapi music, terapi pijat, aromaterapi)</p> <p>2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>3. Fasilitas istirahat tidur</p> <p>4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan</p>
--	--	--	--

			<p>nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
4.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient (D.0019)</p> <p>Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>(L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai

<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>a.Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>b.Objektif</p> <p>1) berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang normal</p> <p>Gejala dan tanda manor</p> <p>a. Subjektif</p> <p>1) cepat kenyang setelah makan</p> <p>2) kram/nyeri abdomen</p> <p>3) nafsu makan menurun</p> <p>b. Objektif</p> <p>1) bising usus hiperaktif</p> <p>2) otot pengunyah lemah'</p> <p>3) otot menelan lemah</p> <p>4) membrane mukosa pucat</p> <p>5) sariawan</p> <p>6) serum albumin turun</p>	<p>3. Kekuatan otot pengunyah meningkat</p> <p>4. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat</p> <p>5. Nyeri abdomen menurun</p> <p>6. Perasaan cepat kenyang menurun</p> <p>7. Diare menurun</p> <p>8. Berat badan membaik</p> <p>9. Nafsu makan membaik</p> <p>10. Bising usus membaik</p> <p>11. Frekuensi makan membaik</p>	<p>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p> <p>5. Monitor asupan makanan</p> <p>6. Monitor berat badan</p> <p>7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>2. Fasilitas menentukan pedoman diet</p> <p>3. Sajikan makanan secara menarik</p> <p>4. Berikan makan tinggi serat</p> <p>5. Berikan makanan tinggi kalori</p> <p>6. Berikan suplemen</p>
--	--	---

	<p>7) rambut rontok berlebihan</p> <p>8) diare</p>		<p>makanan, jika perlu</p> <p>7. Hentikan pemberian makanan melalui selang NGT</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajaran diet yang terprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.pereda nyeri, antiemik) jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang
--	--	--	--

			dibutuhkan, jika perlu
5.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)</p> <p>Definisi : ketidacukupan energy melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>a.Subjek</p> <p>1) mengeluh lelah</p> <p>b. Objektif</p> <p>1) frekuensi jantung meningkat >20%</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>a. Subjektif</p> <p>1) Dyspnea saat/ setelah aktivitas</p> <p>2) Merasakan tidak nyaman setelah beraktivitas</p> <p>3) Merasa lemah</p> <p>b. Objektif</p> <p>1) tekanan darah berubah >20%</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>(L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari 4. Keluhan lelah menurun 5. Dyspnea saat aktivitas menurun 6. Perasaan lemah menurun 7. Sianosis menurun 8. Warna kulit membaik 9. Tekanan darah membaik 10. Frekuensi napas membaik 11. Eks iskemia membaik 	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya,suara, kunjungan) 2. Lakukan

	<p>dari kondisi istirahat</p> <p>2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/ setelah aktivitas</p> <p>3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia</p> <p>4) Sianosis</p>		<p>latihan rentang gerak pasi, dan aktif</p> <p>3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>4. Fasilitasi dudk disisi tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tidar baring 2. Amjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi
--	--	--	--

			dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dan rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi,2012) pedoman implementasi keperawatan menurut (Dermawan,2012)

- a. Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana.
- b. Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien dilingkungan yang sesuai
- c. Keamanan fisik dan psikologis pasien dilindungi
- d. Dokumentasi tindakan dan respon pasien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan

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)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Desain penelitian ini adalah deskriptif yaitu metode dengan pendekatan studi kasus. Metode peneliti deskriptif merupakan suatu metode peneliti yang berusaha menggambarkan objek sesuai dengan apa adanya (Masturah,2018). Peneliti ini akan mendeskirptifkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.

B. Tempat Dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M.DJamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari pembuatan proposal pada bulan November 2022 sampai bulan Juni 2023.

C. Subjek Penelitian

1. Populasi

Populasi dari penelitian ini adalah pasien hematemesis melena ec sirosis hepatis yang dirawat di ruangan Irna Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M.Djamil Padang. Pada saat melakukan penelitian ditemukan 1 orang pasien dengan diagnose hematemesis melena ec sirosis hepatis.

2. Sampel

Cara pengambilan sampel pada penelitian ini adalah menggunakan teknik purposive sampling adalah cara penarikan sampel yang dilakukan dengan subjek berdasarkan pada karakteristik tertentu yang dianggap mempunyai hubungan dengan karakteristik populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Musturah Imas,2018).

sample pada penelitian ini yaitu 1 orang pasien dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis Di Ruang

Irna Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang. Cara pengambilan sampel pada penelitian ini adalah menggunakan teknik purposive sampling yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan kriteria, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah diketahui sebelumnya (Nursalam, 2015).

Menurut (Musturah,2018) Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria yang akan menyaring anggota populasi menjadi sampel yang memenuhi kriteria secara teori yang sesuai dan terkait dengan topic dan kondisi penelitian. Ataupun dengan kata lain, kriteria inklusi merupakan ciri-ciri yang dapat di ambil sebagai sampel.

- 1) Pasien dan keluarga bersedia menjadi responden
- 2) Pasien kooperatif dan dapat berkomunikasi verbal dengan baik

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria yang dapat digunakan untuk mengeluarkan anggota sampel dari kriteria inklusi atau dengan kata lain ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel

- 1) Pasien dengan penurunan kesadaran.
- 2) Pasien meninggal dunia.
- 3) Pasien yang di rawat minimal 5 hari.

D. Alat Dan Instrumen Pengumpulan Data

Instrument adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam suatu penelitian yang berasal dari tahapan bentuk konsep, konstruk, dan variabel sesuai dengan kajian teori yang mendalam (Musturah,2018). Alat atau instrument pengumpulan data berupa format tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi dalam hal ini terlampir.

Instrument digunakan dalam penelitian ini dalam bentuk format pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Alat yang digunakan saat dilakukan pemeriksaan fisik yaitu tensimeter, stetoskop, thermometer, penlight, LILA, microise, (alat ukur tinggi badan) dan timbangan. Pengumpulan fisik dan observasi langsung dan studi dokumentasi.

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari : identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, pemeriksaan laboratorium dan program pengobatan.
2. Format analisis data terdiri dari : nama pasien, nomor pasien, nomor rekam medis, data, masalah dan etiologi.
3. Format diagnose keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, diagnose keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkan.
4. Format intervensi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan SIKI
5. Format implementasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnose keperawatan, implementasi keperawatan dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnose keperawatan, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

E. Cara Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara merupakan proses komunikasi atau interaksi untuk mengumpulkan informasi dengan cara Tanya jawab antara peneliti dengan informasi dengan cara Tanya jawab peneliti dengan informan atau subjek penelitian (Musturah,2018).

Wawancara dilakukan untuk mendapatkan data pengkajian atau anamnesa. Dalam penelitian ini wawancara yang dilakukan menggunakan wawancara tidak terstruktur dan semi terstruktur. Wawancara tidak terstruktur bersifat fleksibel dan peneliti dapat mengikuti persepsi dan pemikiran partisipan. Peneliti bebas mengajukan pertanyaan kepada informan berdasarkan jawabannya. Sedangkan wawancara semi terstruktur dimulai dari pertanyaan yang tersusun dalam pedoman wawancara. Wawancara semi terstruktur bertujuan untuk memastikan peneliti mengumpulkan data yang lengkap dan dapat menghemat waktu (Alvia Imelda, 2022).

2. Observasi

Selain wawancara, observasi juga merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang sangat sering dilakukan. Observasi adalah kegiatan dengan menggunakan pancaindera, bisa penglihatan, penciuman, pendengaran, untuk memperoleh informasi yang diperlukan untuk menjawab masalah peneliti. Dalam observasi, peneliti telah melakukan pengamatan terhadap kondisi pasien seperti mengobservasi keadaan umum pasien, mengobservasi jenis pernafasan, mengobservasi tindakan apa saja yang telah perawat berikan pada pasien.

Hasil observasi berupa aktivitas, kejadian, peristiwa, objek, kondisi atau suasana tertentu dan perasaan emosi seseorang (Musturah,2018).

Dalam observasi ini, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari pasien seperti keadaan umum pasien, dan mengobservasi tindakan apa saja yang telah dilakukan perawat ruangan pada pasien.

3. Pengukuran

Dalam penelitian ini, peneliti mengukur menggunakan alat ukur pemeriksaan, yaitu melakukan pengukuran tekanan darah, menghitung pernafasan, frekuensi nadi dan tanda-tanda vital.

4. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan cara pengumpulan data melalui dokumen seperti (data sekunder) seperti data dengan cara mengumpulkan data dengan mencatat data yang sudah ada. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan

dokumentasi dari rumah sakit untuk menunjang penelitian yang dihasilkan seperti hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan diagnostik, hasil pemeriksaan darah.

F. Jenis-Jenis Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang langsung diperoleh dari pasien. Seperti pengkajian yang meliputi : pasien dan keluarga, riwayat kesehatan, pola aktivitas sehari-hari, dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

2. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari keluarga pasien, perawat dan rekam medis di Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis Di Ruang Irna Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data ini berupa hasil laboratorium, hasil pemeriksaan darah, dan catatan perkembangan keperawatan.

G. Analisis Data

Analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan dalam tahapan proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pasien dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis . Data yang didapat dalam proses keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan akan dijabarkan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pada kasus. Analisis yang dilakukan untuk menentukan kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi pasien.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsikan Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan pada tanggal 27 april 2023 hingga 2 mei 2023 di RSUP DR. M. Djamil Padang tepatnya di Ruangan Penyakit Dalam yang terdiri dari ruang HCU, ruang penyakit dalam pria, dan penyakit dalam wanita. Pengkajian dan observasi dilakukan pada pasien Tn.J. penelitian pada Tn.J dilakukan di ruang penyakit dalam pria yang terdiri dari wing a. kapasitas penampungan tempat tidur pasien adalah sebanyak 30 tempat tidur di wing a. Ruang penyakit dalam dipimpin oleh seorang karu yang dibantu oleh 3 katim. Di bawah katim ada 12 perawat pelaksana yang dibagi menjadi 3 shift, pagi, siang dan malam. Perawat yang berpendidikan S1 ada 8 orang, yaitu karu dan salah satu katim. Sementara itu perawat yang berpendidikan D3 sebanyak 4 orang.

B. Hasil Penelitian

Penelitian yang dilakukan di Ruangan Penyakit Dalam melibatkan 1 partisipan yang berjenis kelamin laki-laki dan memiliki diagnose medis yang sama yaitu hematemesis melena ec varises bleeding + sirosis hepatitis + varises esofagus. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara langsung dengan partisipan dan keluarga, observasi kondisi partisipan dan melalui studi dokumentasi pada status pasien.

1. Pengkajian

Pasien Tn.J merupakan seorang laki-laki berusia 45 tahun, status perkawinan menikah merupakan kepala keluarga yang memiliki 3 orang anak diantaranya 2 laki-laki dan 1 perempuan. Pendidikan pasien sekolah menengah atas (SMA). Pasien bekerja sebagai pegawai bank swasta. No MR : 01.15.88.81 pasien ditemani oleh Ny. Y sebagai istri pasien. Pasien masuk RSUP Dr.M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 23 april pukul 11.00 WIB dengan keluhan muntah darah dan BAB berdarah seperti aspal dan lengket,demam naik turun, nafsu makan menurun, Pasien mengatakan saat ini berat badan pasien 50 kg

dan tinggi badan pasien 168 cm, dan pasien sempat mengalami penurunan kesadarannya saat pertama masuk RS dan kembali sadar saat pada hari ke-2 rawatan, dan pasien mengalami penurunan berat badan sehingga pasien melakukan aktivitas merasakan lemah, faktor gaya hidup yang dipenuhi oleh kesibukan dan stres, pola makan yang tidak sehat seperti makanan yang siap saji (Junk food).

Pada saat dilakukan pengkajian pada hari Kamis tanggal 27 April 2023. Pasien sadar dan mengatakan hari ini rawatan ke-4, pasien mengeluh nyeri pada perutnya yang membesar, nyeri terasa hilang timbul dan bertambah apabila pasien bergerak. Pasien mengatakan nyeri dengan skala 3-4 selama lebih kurang lebih 2 menit dan tidak menyebar ke bagian lain. Pasien mengatakan susah untuk beraktivitas dan susah tidur karena nyeri pada perutnya. Dan pasien mengeluh nafsu makan menurun, dan terkadang mual. Dan pasien mengatakan demam naik turun, dan pasien mengeluh BABnya masih encer dan masih berwarna hitam dan lengket dengan frekuensi 3 kali dalam sehari dan Selama di RS BAK pasien sekitar 3-4 kali sehari dengan warna urin kecoklatan seperti teh dengan volume sekitar 1000 cc dalam sehari.

Pasien mengatakan pasien sekitar 5 bulan yang lalu pernah dirawat di RSUP Dr.M.Djamil Padang dengan diagnosa sirosis hepatitis. Pasien memiliki riwayat penyakit asam lambung sebelum pasien dirawat pertama kalinya. Pasien sering mengonsumsi alkohol sejak 5 tahun yang lalu, dan ada anggota keluarga lain yaitu adek kandungnya yang terpapar hepatitis C sejak 2 tahun yang lalu.

Pola aktivitas sehari-hari pasien diantaranya untuk pola nutrisi ketika sehat pasien mengatakan makan 3x/sehari. Pasien makan dengan nasi, sayur dan lauk. Pasien menghabiskan 1 porsi makanan, sedangkan di RS pasien mengatakan nafsu makan pasien berkurang, pasien

mengatakan tidak puasa, dan pasien menggunakan 1 selang NGT untuk makan dan minum serta untuk mengetahui masih adanya perdarahan dilambung dengan cara aliran melalui NGT alir. Sebelum makan menggunakan NGT, selang NGT tersebut di alirkan selama 30 menit, dan pasien mendapatkan diit DH I sebanyak 250 cc.

Pola eliminasi pasien pada saat sehat pasien mengatakan BAB 1 x/sehari dengan karakteristik feces padat berwarna kuning, dan BAK 6-8 x/sehari, Sedangkan pada saat pasien di RS BAB tidak terhitung sehari dengan karakteristik feces encer, dan feces berwarna agak gelap, lengket sekitar 200cc. Sedangkan selama di RS BAK pasien sekitar 3-4 kali sehari dengan warna urin kecoklatan seperti teh dengan volume sekitar 1000 cc dalam sehari. Pola istirahat dan tidur selama di RS pasien mengatakan biasanya tidur 6-7 jam dalam sehari dan jarang tidur pada siang hari dikarenakan pasien bekerja. Sedangkan selama di RS pasien mengatakan sering terbangun-bangun ketika tidur, karena merasakan nyeri dan kembung di perut. Pola aktivitas Pasien mengatakan pada waktu sehat pasien melakukan aktivitas sehari-hari secara normal dan tidak ada keluhan dan tanpa dibantu. Sedangkan selama di RS pasien mengatakan aktivitas pasien terbatas. Dan selama di RS aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pasien pengukuran tanda-tanda vital didapatkan TD : 105/85 mmHg, HR : 80 x/I, RR : 21 x/I, Suhu : 37,5 C, keadaan umum : berat, tingkat kesadaran compos mentis, BB sebelumnya 80 kg menjadi 50 kg (terjadi penurunan berat badan 30 kg atau setara dengan 20%) TB : 168 cm. konjungtiva anemis, sclera ikterik, leher tidak teraba pembesaran kelenjer tyroid. Tidak ada pembesaran kelenjer getah bening, pemeriksaan gastrointestinal abdomen tampak membuncit (asites) dengan lingkar perut 120 cm, tidak ada nyeri tekan, perfusi tympani dan auskultasi bising usus (+),

integrumen pasien pada bagian tubuh tidak menguning, kulit tampak pucat, turgor kulit memburuk, pada bagian ekstremitas atas terpasang infuse IVFD NaCL 0,9%, dan tidak terlihat adanya edema pada ekstremitas atas dan bawah.

Status emosional pasien baik, pasien nampak menerima sakit yang dideritanya pasien tampak mematuhi aturan yang diberikan dokter dan meminum obat yang diberikan untuknya. Koping individu pasien tanpa baik dilihat pasien yang berdoa yakin atas kesembuhan atas penyakit yang dideritanya.

Pemeriksaan laboratorium yaitu hemoglobin 5,9, g/Dl, Leukosit $15.71 \times 10^3/\text{mm}^3$, hematocrit 26%, Trombosit $57 \times 10^3/\text{mm}^3$, Eritrosit $2.90 \times 10^6/\mu\text{L}$, MCV 88 fL, MCH 29 pg, 33%, RDW-CW 19.9%, Limfosit 8%, Monosit 2%, Neutrofil Segmen 82%, APTT 36,3 detik, PT 17,8 detik, APTT Control 27,4 detik dan PT control 11.3 .

Terapi obat yang didapatkan pasien adalah IVFD NaCL 0,9% 8 jam/kolf, paracetamol 3x500 mg melalui NGT, lactulac 3x30 g melalui NGT, sandostatin 2ampl dibolus dan di lanjutkan 6 sandostatin 50 cc Nacl 0,9 % kec 2,08 cc/jam dihabiskan kemudian di aff, ceftriaxone 2x1 g melalui Intravena , azitromisin 1x5000mg melalui Intravena, transamin 3x500mg, melalui Intravena vitamin K 3X10 mg melalui Intravena, spironolakton 1x100mg melalui Intravena, albumin 2 lash extra, Drip KCL 20 meq dalam 200 cc NaCl 0,9%, PRC 1 unit/hari melalui Intravena.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan ditegakan berdasarkan data yang didapatkan berupa data subjektif dan data objektik. Berikut ini 4 diagnosa

keperawatan yang ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian dan observasi dari peneliti.

Setelah dilakukan analisis data pada tanggal 27 maret 2023 ditemukan masalah keperawatan berdasarkan SDKI, tahun 2017, **Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan gastrointestinal.** Diagnose ini diangkat karena adanya tanda dan gejala yang ditemukan seperti Pasien mengatakan BAB nya masih berwarna hitam seperti aspal dan lengket, Pasien merasa lemah, pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis, PT : 17.8 detik, APTT : 36.3 detik, HB : 5,9 g/dl, HT : 18%, Trombosit : 100.000/mm³. TD : 105/85 mmHg, N : 80 x/l, S : 37,5 C, P : 21 x/m.

Diagnose kedua menurut SDKI, tahun 2017, yaitu **Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin.** Diagnosa ini diangkat karena adanya tanda dan gejala yang ditemukan seperti Pasien mengatakan badannya terasa lemah, Pasien mengatakan badannya meriang, HB : 5,9 g/dl, HT : 26 %, Konjungtiva anemis, Crt > 3 detik, Akral teraba dingin, Warna kulit pucat , Turgor kulit menurun.

Diagnosa ketiga menurut SDKI, tahun 2017, yaitu **Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient.** Diagnose ini diangkat karena adanya tanda dan gejala yang ditemukan seperti Pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien mengatakan BB menurun, Pasien mengatakan perut terasa kembung, Pasien tampak letih, lesu, lemah, Pasien terpasang selang NGT, Pasien terdapat diit DH I dengan jenis makanan cair, BB sebelumnya : 80 kg, BB saat ini : 50 kg (terjadi penurunan berat badan 24kg atau setara 20%), TB : 168 cm.

Diagnose keempat menurut SDKI, tahun 2017, yaitu **intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan**. Diagnose ini diangkat karena adanya tanda dan gejala yang ditemukan seperti pasien Pasien mengatakan sulit untuk beraktivitas karena nyeri pada perutnya, Pasien mengatakan lemah dan merasa tidak nyaman, Pasien bedrest, Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, Pasien tampak lemah.

Berdasarkan data tersebut dapat ditegakkan diagnose keperawatan pada pasien yaitu risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan gastrointestinal. Diagnose kedua yang didapatkan Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin. Diagnose ketiga yang didapatkan yaitu Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient. Diagnose keempat yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada partisipan mengacu pada SIKI seperti yang tertera di bawah ini :

- a. Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan gastrointestinal dengan kriteria hasil Kelembapan membrane mukosa meningkat, Kelembapan kulit meningkat, Hemoglobin memmbaik, Hematocrit membaik, Tekanan darah normal 120/80 mmHg, Suhu tubuh 36,5 – 37,5 C membaik dengan rencana tindakan yang dilakukan **Pencegahan perdarahan**, Monitor tanda dan gejala perdarahan, Monitor nilai HB dan HT sebelum dan setelah kehilangan darah, Monitor TTV, Monitor koagulasi (mis. Prothrombin time (PT), dan Partial thromboplastin time (PTT), Pertahankan bedrest selama perdarahan, Batasi tindakan invasive, jika perlu, Hindari pengukuran suhu rektal, Jelaskan tanda dan gejala perdarahan, Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan

vitamin K, Anjurkan segera melaporkan jika terjadi perdarahan, Anjurkan meningkatkan cairan untuk menghindari konstipasi, Kolaborasi pemberian obat pengontrolan perdarahan, Kolaborasi pemberian produk darah, Kolaborasi pemberian pelunak tinja.

- b. Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dengan perawatan sirkulasi yang memiliki kriteria hasil Denyut nadi perifer meningkat, Warna kulit pucat menurun, Edema perifer menurun, Akral cukup membaik, Turgo kulit cukup membaik, Tekanan darah sistolik cukup membaik, Tekanan darah diastolic cukup membaik dengan rencana tindakan yang akan dilakukan **Perawatan Sirkulasi**, Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi), Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, Anjurkan berhenti merokok, Anjurkan berolahraga rutin, Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3), dan Kolaborasi produk darah.
- c. Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi dengan kriteria hasil berat badan membaik, nafsu makan membaik, bising usus membaik, membrane mukosa membaik. Rencana tindakan yang akan dilakukan berupa **manajemen nutrisi** dengan indikasi status nutrisi pasien monitor asupan makan pasien, identifikasi alergi makanan, ajarkan diet yang diprogramkan, monitor berat badan pasien, monitor hasil

laboratorium, menganjurkan pasien menghabiskan makanannya, anjurkan pemberian makanan vitamin k, kolaborasi dengan ahli gizi.

- d. Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, dyspnea saat beraktivitas menurun, fruekuensi napas membaik. Adapaun rencana intervensi keperawatan yang akan dilakukan yaitu **manajemen energy** berupa identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktuvitas, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulasi, anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang sudah dilakukan pada pasien dan keluarga pasien dimulai dari tanggal 27 April 2023 sampai 1 Mei 2023 berdsarkan buku SIKI, 2018 pada diagnosa risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan gastrointestinal adalah **pencegahan perdarahan** dengan cara memonitor tanda dan gejala perdarahan, memonitor tanda- tanda vital, memonitor risiko terjadinya perdarahan, memonitor nilai HB dan HT sebelum dan sesudah kehilangan darah dan sesudah mendapatkan tranfusi PRC.

Implementasi pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan konsentrasi hemoglobin adalah **perawatan sirkulasi** dengan cara periksa sirkulasi perifer seperti nadi, edema, warna, pengisian kapiler, suhu, selanjutnya memonitor hasil HB dan HT, memonitor

akral, memonitor turgor kulit, memonitor tanda-tanda vital, memberikan tranfusi darah sesuai dengan orderan dokter dan memberikan obat sandostatin 2 ampl secara intravena.

Implementasi pada diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien adalah **manajemen nutrisi** dengan cara identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, menganjurkan diit pasien sesuai kebutuhan pasien, dan memberikan diit DH I jenis makanan cair.

Implementasi pada diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ddengan cara membantu pasien dan keluarga mengidentifikasi kelemahan, membantu pasien memperoleh sumber-sumber yang di perlukan untuk aktivitas yang dilakukan dan memonitor tanda-tanda vital.

5. Evaluasi keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selanjutnya yaitu evaluasi keperawatan dengan proses penilaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi menilai respon pasien meliputi subjektif, objektif, pengkajin kembali, dan rencana tindakan dengan hasil yang diperoleh selama 5 hari rawatan yaitu dengan hasil pada diagnosa risiko perdarahan yaitu memonitor tanda dan gejala perdarahan, pada hari kedua pemberian sandostatin 2ampl dibolus dan di lanjutkan 6 sandostatin 50 cc Nacl 0,9 % kec 2,08 cc/jam dihabiskan kemudian di aff dan tranxamin, pasien masih tampak lesu, lemah, pasien masih tampak pucat, konjuntiva masih anemis, TD : 105/85 mmHg, N : 80x/i, P : 21x/i, T : 37,5 C dengan hasil penunjang masih dibawah normal HB : 8,4 g/dL, HT : 26% dengan itu intervensi sebagian teratasi sebagian dan intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Pada permasalahan keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yaitu turgor masih terlihat menurun, kulit masih pucat, pasien masih terlihat lemah, suhu sudah normal, akral teraba dingin, turgor kulit menurun, CRT <3 detik, pada hari kedua dilakukan tranfusi PRC 1 kantong, dengan hasil laboratorium meningkat dengan nilai HB : 8,4 g/dL, HT : 26% dengan itu intervensi sebagian teratasi dan intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Pada permasalahan keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi yaitu pasien mengatakan tidak merasakan mual dan muntah, nafsu makan masih berkurang, dan perut masih terasa kembung dan membuncit, pasien masih terlihat lemah, pasien pada hari kelima masih mendapatkan diit DH I dengan jenis makanan cair, membran mukosa masih pucat, BB sekarang 50 kg dari BB 80 kg sebelum sakit dengan itu intervensi sebagian teratasi dan intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Pada permasalahan keperawatan intoleransi aktivitas dengan kelemahan pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih, akral masih teraba dingin, turgor kulit menurun, CRT <3 detik, tanda- tanda vital dibatas normal dengan itu intervensi sebagian teratasi dan intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

C. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membandingkan hasil penelitian dengan teori tentang asuhan keperawatan pada pasien Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis yang dilakukan sejak tanggal 27 April 2023 sampai 2 Mei 2023 di Ruang Irna Non Bedah penyakit dalam RSUP Dr.M. Djamil Padang. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian,

masalah keperawatan yang muncul (diagnosa keperawatan), rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien

Pasien Tn.J merupakan seorang laki-laki berusia 45 tahun, status perkawinan menikah merupakan kepala keluarga yang memiliki 3 orang anak diantaranya 2 laki-laki dan 1 perempuan. Pendidikan pasien sekolah menengah atas (SMA). Pasien bekerja sebagai pegawai bank swasta, dan pasien memiliki faktor resiko yang memicu terjadinya perdarahan pada gastrointestinal karena pecahnya varises esophagus atau lambung dan disebabkan oleh adanya riwayat alkohol sejak 5 tahun yang lalu dan terpapar virus hepatitis C dari adek kandung.

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Nurarif, Amin dkk. 2015). 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. Hal ini juga didukung dari banyaknya jumlah pasien laki-laki yang dirawat dengan hematemesis melena di ruang penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada pengkajian didapatkan data pada hari kamis tanggal 27 april 2023. Pasien sadar pasca hari rawatan ke 2, pada saat pengkajian Hari rawatan ke 4, Pasien mengatakan susah untuk beraktivitas dan susah tidur karena nyeri pada perutnya. Dan pasien mengatakan demam naik turun, dan pasien mengeluh BABnya masih encer dan

masih berwarna hitam dan lengket dengan frekuensi 3 kali dalam sehari dan Selama di RS BAK pasien sekitar 3-4 kali sehari dengan warna urin kecoklatan seperti teh dengan volume sekitar 1000 cc dalam sehari. pasien mengeluh nyeri pada perutnya yang membesar, nyeri terasa hilang timbul dan bertambah apabila pasien bergerak. pasien mengatakan nyeri dengan skala 3-4 selama lebih kurang lebih 2 menit dan tidak menyebar ke bagian lain. Pasien mengatakan susah untuk beraktifitas dan susah tidur karena nyeri pada perutnya. Dan pasien mengeluh nafsu makan menurun, dan terkadang mual.

Sedangkan Menurut Bararah dan Jauhar (2013) dimana ia mengatakan gejala dari hematemesis melena yaitu mengandung darah berwarna merah terang atau kehitaman. Pada perdarahan saluran cerna yang masif, darah yang keluar melalui rectum dapat berwarna merah terang (hematoksia) akibat waktu singgah yang cepat dalam saluran cerna kondisi terjadinya perubahan feses yang lengket dan hitam seperti aspal (ter) dengan bau khas, yang menunjukkan perdarahan saluran cerna bagian atas, BAB berdarah(Wiranata,2021). Dan hasil peneliti Harlina,(2017). seperti Pasien mengatakan susah untuk beraktivitas dan susah tidur karena nyeri pada perutnya. Pasien mengatakan demam naik turun, dan pasien mengeluh BABnya masih encer dan masih berwarna hitam dan lengket.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan pasien sekitar 5 bulan yang lalu pernah dirawat di RSUP Dr.M.Djamil Padang dengan diagnosa sirosis hepatis. Pasien memiliki riwayat penyakit asam lambung sebelum pasien dirawat pertama kalinya. dan pasien juga memiliki riwayat mengonsumsi alkohol sejak 5 tahun yang lalu, pasien mengatakan

ada anggota keluarga lain yaitu adek kandungnya yang terpapar virus hepatitis C 2 tahun yang lalu.

Menurut (Hadi,2013) Riwayat kesehatan dahulu 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, dan hemophilia Menurut (Hadi,2013). Sedangkan pasien yang diteliti tidak ada beberapa yang memiliki riwayat kesehatan dahulu seperti yang disebutkan oleh (Hadi,2013).

Sedangkan hasil peneliti Harlina,(2017) memiliki faktor risiko yang menyebabkan terjadinya sirosis hepatis yaitu kebiasaan merokok dan telah terpapar virus hepatitis B. dan Penularan Dari adik kandungnya menderita penyakit hepatitis Riwayat kesehatan keluarga.

Sedangkan Menurut (Sudoyo,2009) 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(Sudoyo,2009).

4. Pemeriksaan fisik

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pasien pengukuran tanda-tanda vital didapatkan, keadaan umum : berat, tingkat kesadaran compos mentis, BB sebelumnya 80 kg menjadi 50 kg (terjadi penurunan berat badan 30 kg atau setara dengan 20%) TB : 168

cm. konjungtiva anemis, sclera ikterik, leher tidak teraba pembesaran kelenjer tyroid. Tidak ada pembesaran kelenjer getah bening, pemeriksaan gastrointestinal abdomen tampak membuncit (asites) dengan lingkaran perut 120 cm, tidak ada nyeri tekan, perfunctio tympani dan auskultasi bising usus (+), integritas pasien pada bagian tubuh tidak menguning, kulit tampak pucat, turgor kulit memburuk, pada bagian ekstremitas atas terpasang infuse IVFD NaCL 0,9%, dan tidak terlihat adanya edema pada ekstremitas atas dan bawah. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Harlina,(2017).Pemeriksaan fisik yang menonjol ditemukan pada pasien yaitu konjungtiva anemis, sklera ikterik, warna kulit pucat, akral teraba dingin, CRT > 3 detik.

Sedangkan menurut teori (Sudoyo,2009).Pemeriksaan fisik Keadaan umum pasien dapat dibagi atas dampak 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,2009).

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium yaitu hemoglobin 5,9, g/Dl, Leukosit $15.71 \times 10^3/\text{mm}^3$, hematocrit 26%, Trombosit $57 \times 10^3/\text{mm}^3$, Eritrosit $2.90 \times 10^6/\mu\text{L}$, MCV 88 fL, MCH 29 pg, 33%, RDW-CV 19.9%, Limfosit 8%, Monosit 2%, Neutrofil Segmen 82%, APTT 36,3 detik, PT 17,8 detik, APTT Control 27,4 detik dan PT control 11.3.

Sedangkan Menurut Bararah dan Jauhar (2013) Pemeriksaan Penunjang sebagai berikut Hitung darah lengkap untuk mengetahui

penurunan hb, ht, jumlah eritrosit dan peningkatan leukosit. Profil hematologi, untuk mengetahui perpanjangan masa protombin dan tromboplastin, biasanya terjadi peningkatan. Pemeriksaan kimia darah biasanya menunjukkan peningkatan kadar BUN, natrium, total bilirubin dan ammonia, serta penurunan kadar albumin, pada pasien yang diteliti tidak ada pemeriksaan kadar albumin. Elektrolit untuk mengetahui penurunan kalium serum, peningkatan natrium, glukosa serum, dan laktat. Gas darah arteri dan test faal hati, untuk mengetahui terjadinya alkalosis respiratori dan hipoksemia, serta gangguan kelainan fungsi hati apabila penderita mengalami sirosis hepatis dengan pecahnya varises esophagus. sedangkan pada pasien yang diteliti tidak ada pemeriksaan Test faal ginjal untuk mengetahui ada tidaknya kelainan fungsi ginjal.

Hasil peneliti ini sesuai dengan peneliti Harlina,(2017) pasien yaitu penurunan nilai hemoglobin, penurunan nilai hematokrit, penurunan nilai trombosit, peningkatan PT APTT yang berhubungan dengan risiko perdarahan pada pasien.

Seharusnya pada pasien juga dilakukan USG abdomen untuk menilai asites, splenomegali, thrombosis vena porta, pelebaran vena porta, dan skrining karsinoma hati pada pasien sirosis. Kemudian perlu dilakukan EGD dan endoskopi untuk melihat sumber perdarahan (Mubarak, 2008).

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan data pengkajian yang telah dilakukan peneliti didapatkan deignosa keperawatan yaitu sebagai berikut.

- a. Risiko perdarahan b.d gangguan gastrointestinal yang ditandai dengan yang ditemukan seperti Pasien mengatakan BAB nya

masih berwarna hitam seperti aspal dan lengket, Pasien merasa lemah, pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis, PT : 17.8 detik, APTT : 36.3 detik, HB : 5,9 g/dl, HT : 18%, Trombosit : 100.000/mm³. TD : 105/85 mmHg, N : 80 x/l, S : 37,5 C, P : 21 x/m.

Hal ini sesuai dengan Hasil peneliti Harlina,(2017) BAB nya masih berwarna hitam dan lengket. Hasil labor menunjukkan nilai PT : 16,2 detik, APTT : 44,5 detik, Trombosit : 128.000/mm³ .

Hal ini sesuai dengan teori menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) Risiko perdarahan b.d gangguan gastrointestinal Diagnosa yang ditemukan pada pasien. Masalah keperawatan risiko perdarahan didefinisikan rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan (SDKI, 2017). Faktor risiko diagnosa ini diantaranya, aneurisme, ganggu fungsi hati, gangguan gastrointestinal, koagulopati inheren, kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan, program pengobatan, riwayat jatuh, serta trauma (SDKI, 2017).

- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin Diagnosa keperawatan ini ditemukan pada pasien. Diagnosa ini diangkat karena adanya tanda dan gejala yang ditemukan seperti Pasien mengatakan badannya terasa lemah, Pasien mengatakan badannya meriang, HB : 5,9 g/dl, HT : 18 %, Konjungtiva anemis, CRT > 3 detik, Akral teraba dingin, Warna kulit pucat , Turgor kulit menurun.

Hal ini sesuai dengan Hasil peneliti Harlina,(2017),bahwa pasien mengatakan badannya terasa lemah dan sulit braktivitas, akral teraba dingin, warna kulit pucat, konjungtiva anemis, nilai Hb 8,7 g/dl, Ht : 25 % dan CRT > 3 detik.

Hal ini sesuai dengan teori menurut (SDKI, 2017). Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin yang diatandai oleh tanda dan gejala mayor terdapat data objektif berupa , CRT > 3 detik, Akral teraba dingin, Warna kulit pucat , Turgor kulit menurun. Tanda dan gejala minor terdapat data subjektif yaitu edema, nyeri ekstremitas. sedangkan pada Pasien yang diteliti ada beberapa ada yang tidak termasuk seperti edama, nyeri ekstremitas.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient. Diagnose ini diangkat karena adanya tanda dan gejala yang ditemukan seperti Pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien mengatakan BB menurun, Pasien mengatakan perut terasa kembung, pasien tidak puasa, Pasien tampak letih, lesu, lemah, Pasien terpasang selang NGT alir, Pasien terdapat diit DH I dengan jenis makanan cair, BB sebelumnya : 80 kg, BB saat ini : 50 kg (terjadi penurunan berat badan 24kg atau setara 20%), TB : 168 cm.

Dalam Diit DH I Menurut Baeda (2022) Tujuan diet pada penderita hati adalah untuk mencapai dan mempertahankan status gizi optimal tanpa membartakan fungsi hati. Dalam Diit DH I terdapat kandungan protein dibatasi (30 g/kg) dan lemak diberikan dalam bentuk mudah dicerna. Apabila ada asites dan diuresis sempurna, pemberian maksimal 1L/ hari. Makanan ini rendah energy, protein, kalsium, zat besi, dan tiamin.

Hal ini sesuai dengan Hasil peneliti Harlina,(2017) didapatkan bahwa pasien mengatakan nafsu makannya menurun, pasien mengatakan terkadang merasa mual, pasien mengatakan BB nya menurun. Pasien terpasang NGT dan mendapat terapi diit DH1 dengan jenis makanan cair.

Sedangkan teori menurut SDKI (2017) deficit nutrisi didefinisikan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolime ditandai dengan tanda dan gejala mayor objektif yaitu berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal. Tanda dan gejala minor terdapat data subjektif berupa cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, dan nafsu makan menurun, sedangkan pada data objektif meliputi bising usus hiperaktif, otot mengunyah lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan dan diare. ada beberapa yang tidak termasuk seperti serum albumin turun, rambut rontok.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Diagnose ini diangkat karena adanya tanda dan gejala yang ditemukan seperti pasien Pasien mengatakan sulit untuk beraktivitas karena nyeri pada perutnya, Pasien mengatakan lemah dan merasa tidak nyaman, Pasien bedrest, Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, Pasien tampak lemah.

Hal ini sesuai dengan Hasil peneliti Harlina,(2017).bahwa pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena nyeri pada perutnya, pasien bedrest, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien terpasang infus pada tangan kanan pasien tampak lemah.

Hal ini sejalan dengan teori menurut SDKI (2017) intoleransi aktivitas didefinisikan ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari ditandai dengan tanda dan gejala mayor terdapat data subjektif mengeluh lelah dan data objektif yaitu fruekuensi jantung meningkat >20 dari kondisi istirahat. Tanda dan gejala minor terdapat data subjektif yaitu dipsnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah aktivitas dan merasa lemah sedangkan pada data onjektif yaitu tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan atitmea saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia dan sianosis. ada beberapa yang tidak termasuk seperti gambaran EKG menunjukkan atitmea saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia dan sianosis.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan peneliti implementasi yang dilakukan selama 5 hari rawatan yaitu sebagai berikut :

- a. risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan gastrointestinal dengan kriteria hasil Kelembapan membrane mukosa meningkat, Kelembapan kulit meningkat, Hemoglobin memmbaik, Hematocrit membaik, Tekanan darah normal 120/80 mmHg, Suhu tubuh 36,5 – 37,5 C membaik dengan rencana tindakan yang dilakukan **Pencegahan perdarahan**, Monitor tanda dan gejala perdarahan, Monitor nilai HB dan HT sebelum dan setelah kehilangan darah, Monitor TTV, Monitor koagulasi (Prothrombin time (PT), dan Partial thromboplastin time (PTT), Pertahankan bedrest selama perdarahan, Batasi

tindakan invasive, jika perlu, Hindari pengukuran suhu rektal, Jelaskan tanda dan gejala perdarahan, Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K, Anjurkan segera melaporkan jika terjadi perdarahan, Anjurkan meningkatkan cairan untuk menghindari konstipasi, Kolaborasi pemberian obat pengontrolan perdarahan, Kolaborasi pemberian produk darah, Kolaborasi pemberian pelunak tinja (SIKI, 2017).

Hal ini sesuai dengan harlina,(2017).antara lain pencegahan perdarahan dengan indikator monitor dengan ketat risiko terjadinya perdarahan, catat nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah pasien kehilangan darah, monitor tanda dan gejala perdarahan yang menetap, monitor komponen koagulasi darah (PT, PTT, dan trombosit), monitor tandatanda vital, pertahankan tetap tirah baring, pemberian produk penggantian darah (FFP), intruksikan pasien meningkatkan makanan yang mengandung vit.k, memantau tanda-tanda perdarahan. Kemudian pengurangan perdarahan gastrointestinal dengan indikator pertahankan jalan nafas bila diperlukan, monitor status cairan, tes semua sekresi terhadap adanya perdarahan, dokumentasikan warna, karakteristik feses, masukan selang NGT, bangun hubungan yang mendukung antar pasien dengan keluarga, koordinasikan tentang konseling mengenai perubahan gaya hidup bila diperlukan.

Menurut analisis peneliti adanya kesamaan teori dengan yang ditemukan peneliti dilapangan yaitu memonitor tanda dan gejala terjadinya perdarahan bermanfaat membantu pasien supaya tau apabila terjadinya perdarahan.

- b. perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dengan perawatan sirkulasi yang memiliki kriteria hasil Denyut nadi perifer meningkat, Warna kulit pucat menurun, Edema perifer menurun, Akral cukup membaik, Turgo kulit cukup membaik, Tekanan darah sistolik cukup membaik, Tekanan darah diastolic cukup membaik dengan rencana tindakan yang akan dilakukan **Perawatan Sirkulasi**, Periksa sirkulasi perifer (Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi), berikan terapi oksigen dengan tepat Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, Anjurkan berhenti merokok, Anjurkan berolahraga rutin, Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3), Kolaborasi produk darah(SIKI, 2017).

Hal ini sesuai dengan penelitian harlina,(2017). pasien antara lain manajemen asam basa dengan indikator pertahankan kepatenan akses selang IV, monitor gas darah arteri, monitor status hemodinamik, monitor kehilangan asam misalnya muntah, pengeluaran NGT, berikan terapi oksigen dengan tepat. Perawatan sirkulasi dengan indikator lakukan penilaian sirkulasi perifer (nadi, edema, CRT ,warna dan suhu ekstermitas), berikan tranfusi darah yang sesuai, monitor nilai elektrolit, BUN, dan kreatinin. Manajemen sensasi perifer dengan indikator monitor

sensasi panas dan dingin, memeriksa adanya kerusakan kulit, monitor tromboemboli dan tromboplebitis pada vena.

Menurut analisis peneliti adanya kesamaan teori dengan yang ditemukan peneliti dilapangan yaitu perawatan sirkulasi pemberiaan oksigen dengan tepat bermanfaat membantu pasien supaya tidak terjadi sesak saat beraktivitas.

- c. defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi dengan kriteria hasil berat badan membaik, nafsu makan membaik, bising usus membaik, membrane mukosa membaik. Rencana tindakan yang akan dilakukan berupa **manajemen nutrisi** dengan indikasi status nutrisi pasien monitor asupan makan pasien, identifikasi alergi makanan, ajarkan diet yang diprogramkan, monitor berat badan pasien, monitor hasil laboratorium, menganjurkan pasien menghabiskan makanannya, anjurkan pemberian makanan vitamin k, kolaborasi dengan ahli gizi(SIKI, 2017).

Hal ini sesuai dengan penelitian harlina,(2017). manajemen nutrisi dengan indikator tentukan status gizi pasien, identifikasi alergi dan intoleransi terhadap makanan, pengaturan diet, monitor kalori dan asupan nutrisi. monitor nutrisi dengan indikator identifikasi adanya penurunan BB, monitor turgor kulit, monitor adanya mual muntah, identifikasi perubahan nafsu makan, monitor pucat pada konjungtiva, pemberian nutrisi parenteral

- d. intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, dyspnea saat beraktivitas menurun, fruekuensi napas membaik. Adapaun rencana intervensi keperawatan yang akan dilakukan yaitu **manajemen energy** berupa identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulasi, anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan(SIKI, 2017).

Hal ini Menurut peneliti dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan sudah sesuai antara teori dengan hasil penelitian. Penyusunan rencana telah disesuaikan berdasarkan buku standar intervensi keperawatan Indonesia berdasarkan kondisi pasien yang temukan guna untuk peningkatakan kesehatan.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan dialkukan pada tanggal 27 April 2023 sampai 2 Mei 2023. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang ditelah disusun sebelumnya oleh peneliti bersarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.

Implementasi yang dilakukan pada diagnose risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan gastrointestinal adalah **pencegahan perdarahan** seperti Pasien mengatakan BAB nya masih berwarna hitam seperti aspal dan lengket, Pasien merasa

lemah, pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis, PT : 17.8 detik, APTT : 36.3 detik, HB : 5,9 g/dl, HT : 18%, Trombosit : 100.000/mm³, TD : 105/85 mmHg, N : 80 x/l, S : 37,5 C, P : 21 x/m.

Dengan cara memonitor tanda dan gejala perdarahan, memonitor tanda- tanda vital, memonitor risiko terjadinya perdarahan, memonitor nilai HB dan HT sebelum dan sesudah kehilangan darah dan sesudah mendapatkan transfusi PRC.

Hal ini sesuai dengan penelitian harlina,(2017). risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan gastrointestinal antara lain mencatat nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah pasien kehilangan darah memonitor tanda dan gejala perdarahan yang menetap yaitu muntah darah dan BAB berdarah, memonitor komponen koagulasi darah (PT, PTT, dan trombosit), memonitor tanda-tanda vital, mempertahankan tirah baring, memberikan produk penggantian darah yaitu transfusi PRC 1 240 cc, melakukan huknah, mendokumentasikan warna, karakteristik feses, pemasangan selang NGT. Perbedaan tindakan keperawatan antara peneliti partisipan terletak pada tindakan melakukan tindakan huknah.

Menurut analisis peneliti, intervensi prioritas yang akan dilakukan adalah memonitor tanda dan gejala perdarahan, dan memonitor nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah yang bertujuan untuk membantu pasien dan keluarga apabila terjadinya perdarahan.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa kedua perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan

konsentrasi hemoglobin adalah **perawatan sirkulasi** Diagnosa ini diangkat karena adanya tanda dan gejala yang ditemukan seperti Pasien mengatakan badannya terasa lemah, Pasien mengatakan badannya meriang, memberikan terapi oksigen 4 l/I, HB : 5,9 g/dl, HT : 18 %, Konjungtiva anemis, CRT > 3 detik, Akral teraba dingin, Warna kulit pucat , Turgor kulit menurun. cara periksa sirkulasi perifer seperti nadi, edema, warna, pengisian kapiler, suhu, selanjutnya memonitor hasil HB dan HT, memonitor akral, memonitor turgor kulit, memonitor tanda-tanda vital, memberikan tranfusi darah sesuai dengan orderan dokter.

Hal ini sejalan dengan penelitian harlina,(2017). memberikan terapi oksigen 5 l/I, menilai sirkulasi perifer (nadi, edema, CRT, warna dan suhu ekstermitas), memberikan tranfusi darah yaitu PRC 1 unit, memonitor nilai elektrolit, dan kreatinin, memonitor status hemodinamik dan menilai status hemodinamik seperti nadi, tekanan darah, MAP, status mental, produksi urin, menentukan status perfusi, memonitor adanya tanda dan gejala masalah pada status perfusi, memonitor tanda-tanda vital.

Menurut analisis peneliti, intervensi prioritas yang akan dilakukan yaitu memberikan oksigen sesuai orderan dari dokter, melakukan tranfusi PRC 1 kantong supaya kadar nilai Hb meningkat.

Implementasi pada diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien adalah **manajemen nutrisi** dengan cara identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi kebutuhan kalori dan

jenis nutrien, menganjurkan diit pasien sesuai kebutuhan pasien, dan memberikan diit DH I jenis makanan cair.

Diet DH I dikhususkan bagi penderita penyakit liver dalam jumlah optimal membantu penyembuhan luka pada sel-sel hati dan menulihkan kekuatan hati. Selain itu, dapat meningkatkan regenerasi sel-sel hati yang rusak, memperbaiki penurunan berat badan akibat kurang nafsu makan, mual, muntah, mencegah atau mengurangi asites dan koma hepatic. Menu diet DH I diberikan pada penderita yang melewati fase akut. Umumnya nafsu makan sudah membaik, tetapi fungsi hati belum normal. Oleh karena itu, jumlah protein yang diberikan harus dibatasi (kurang lebih 30 gr/hari) hal ini sesuai dengan penelitian Astutik (2021).

Implementasi pada diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan adalah **manajemen energy**, membantu pasien dan keluarga mengidentifikasi kelemahan, menciptakan lingkungan yang aman, membantu pasien memperoleh sumber-sumber yang di perlukan untuk aktivitas yang dilakukan dan memonitor tanda-tanda vital.

Menurut penelitian harlina,(2017). diberikan untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan antara lain membantu pasien memperoleh sumber-sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang dilakukan mengidentifikasi kelemahan, mempertahankan fungsi dan kesehatan terkait sosial, spiritual, dan kognisi, mengintruksikan pasien dan keluarga beradaptasi dengan lingkungan, membantu memenuhi aktifitas sehari-hari pasien, menciptakan lingkungan yang aman memasang bedside rail dan menganjurkan keluarga selalu menemani pasien,

mengevaluasi kemampuan pasien dalam beraktifitas, memonitor intake nutrisi untuk mengetahui sumber energy, menganjurkan peningkatan tirah baring dan waktu istirahat pasien.

Menurut analisis peneliti, intervensi prioritas yang akan dilakukan yaitu membantu memenuhi aktivitas sehari-hari pasien, dan menciptakan lingkungan yang aman.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan setelah dilakukannya tindakan keperawatan pada diagnosa **risiko perdarahan** yaitu BAB mulai berubah menjadi cokelat, muntah darah tidak ada, nilai laboratorium terakhir mengalami peningkatan, konjungtiva anemis, pada hari kedua pemberian sandostatin 2ampl dibolus dan di lanjutkan 6 sandostatin 50 cc Nacl 0,9 % kec 2,08 cc/jam dihabiskan kemudian di aff dan tranxamin, TD : 105/85 mmHg, N : 80x/i, P : 21x/i, T : 37,5 C nilai hasil laboratorium terakhir mengalami peningkatan HB : 8,9 g/dL, HT : 26% dengan itu masalah belum teratasi sebagian intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Hal ini sesuai dengan penelitian harlina,(2017). kontrol risiko teratasi, fungsi gastrointestinal baik, koagulasi darah baik, mengalami mual dan muntah darah, warna BAB masih kehitaman dan lengket. Pada hari keempat warna BAB mulai berubah menjadi cokelat, muntah darah tidak ada, nilai hasil laboratorium terakhir mengalami peningkatan.

Menurut peneliti pada pencegahan perdarahan pada pasien belum teratasi sepenuhnya, namun pasien sudah mengatakan

tidak ada muntah darah, BAB sudah tidak hitam lagi, dan hasil laboratorium mengalami peningkatan.

Pada permasalahan keperawatan **perfusi perifer tidak efektif** berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yaitu turgor masih terlihat menurun, oksigen sudah bisa dilepas pasang, kulit masih pucat, pasien masih terlihat lemah, suhu sudah normal, akral teraba dingin, turgor kulit menurun, dan pada hari kedua hasil laboratorium mengalami peningkatan, CRT <3 detik, HB : 8,9 g/dL, HT : 26% dengan itu masalah belum teratasi sebagian intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Hal ini sesuai dengan harlina,(2017). status sirkulasi baik, perfusi jaringan perifer teratasi dengan data evaluasi hari pertama pada Tn.J hingga hari ketiga implementasi konjungtiva masih anemis, CRT>3 detik, nilai hasil laboratorium terakhir mengalami peningkatan HB : 8,9 g/dL, HT : 26% dengan intervensi dihentikan.

Menurut peneliti pada perawatan sirkulasi pada pasien belum teratasi sepenuhnya, namun pasien sudah mengatakan suhu tubuh tidak naik turun lagi, oksigen sudah bisa dilepas pasang, dan hasil laboratorium mengalami peningkatan.

Pada permasalahan keperawatan **defisit nutrisi** berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi yaitu pasien mengatakan tidak merasakan mual dan muntah, nafsu makan masih kurang, dan perut masih terasa kembung dan membuncit, pasien masih terlihat lemah, membran mukosa masih pucat, BB sekarang 56 kg dari BB 80 kg sebelum sakit, dengan data

evaluasi hari pertama pasien terpasang NGT, dan mendapat diit DH1 makanan cair sampai hari kelima pasien masih mendapat diit DH I dengan itu masalah belum teratasi sebagian intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Hal ini sejalan dengan peneliti harlina,(2017). nafsu makan meningkat, status nutrisi baik, dengan data evaluasi hari pertama dan kedua pasien masi terpasang NGT, dan mendapat diit DH1 makanan cair tetapi pada hari ketiga hingga kelima pasien makan peroral dan mendapat diit DH2 makanan lunak, nafsu makan pasien mulai meningkat dan bisa menghabiskan ½ porsi, turgor kulit membaik, warna kulit tidak pucat lagi. Pada hari kelima masalah ketidakseimbangan nutrisi teratasi dan dilanjutkan dengan memberikan rencana tindak lanjut.

Menurut peneliti pada manajemen nutrisi pada pasien belum teratasi sepenuhnya, namun pasien sudah mengatakan tidak ada merasakan mual dan muntah, dan masih mendapatkan diit DHI.

Pada permasalahan keperawatan **intoleransi aktivitas** dengan kelemahan pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih, akral masih teraba dingin, turgor kulit menurun, CRT <3 detik, tanda- tanda vital dibatas normal dengan itu masalah belum teratasi sebagian intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Hal ini sesuai dengan peneliti harlina,(2017). yaitu istirahat efektif, perawatan diri : ADL terpenuhi dengan data, hari pertama dan kedua pasien masih mengeluh sulit untuk bergerak dan beraktivitas, hal itu berkaitan dengan nyeri yang dialami pasien, pada hari kelima pasien sudah mulai melakukan

aktivitas intervensi teratasi sebagian dan dihentikan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Menurut peneliti pada manajemen energy pada pasien belum teratasi sepenuhnya, namun pasien sudah mengatakan pada hari kelima sudah bisa menciptakan lingkungan yang aman.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien dengan Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis di Ruangannya Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian pada pasien dengan hematemesis melena pasien mengeluh nyeri pada perutnya yang membesar (asites), nyeri terasa hilang timbul dan bertambah apabila pasien bergerak. pasien mengatakan nyeri dengan skala 3-4 selama lebih kurang lebih 2 menit dan tidak menyebar ke bagian lain. Pasien mengatakan susah untuk beraktifitas dan susah tidur karena nyeri pada perutnya. Dan pasien mengeluh nafsu makan menurun, dan terkadang mual. Faktor penyebab terkena hematemesis melena seperti gaya hidup yang dipenuhi oleh kesibukan dan stres, pola makan yang tidak sehat, serta alcohol. Selain itu pasien juga pemeriksaan laboratorium didapatkan bahwa pasien mengalami penurunan nilai Hb, Ht, trombosit, dan peningkatan PT APTT.
2. Diagnosa keperawatan pada pasien dengan hematemesis melena yaitu Risiko perdarahan b.d gangguan gastrointestinal, Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin, Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient., Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
3. Rencana tindakan keperawatan
Rencana keperawatan untuk mengatasi masalah utama yaitu risiko perdarahan pada pasien yaitu dengan memantau tanda dan gejala perdarahan, perfusi perifer tidak efektif yaitu perawatan

sirkulasi, defisit nutrisi yaitu manajemen nutrisi dan manajemen energy untuk diagnosa intoleransi aktivitas.

4. Intervensi keperawatan

Sesuai dengan implementasi yang sudah disediakan. Sebagian besar intervensi yang sudah disediakan dapat dilaksanakan pada saat implementasi berjalan yaitu risiko perdarahan pada pasien yaitu dengan memantau tanda dan gejala perdarahan, perfusi perifer tidak efektif yaitu mengontrol nilai kadar Hb dan Ht, defisit nutrisi yaitu manajemen nutrisi memberikan diet DH I, memantau mual muntah, monitor asupan makanan pasien, dan manajemen energy untuk diagnosa intoleransi aktivitas.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada diagnose yang muncul telah teratasi sebagian selama 5 hari berturut-turut pada diagnosa yang pertama yaitu risiko perdarahan yaitu teratasi sebagian dan belum teratasi sepenuhnya pada hari terakhir evaluasi, diagnosa yang kedua yaitu perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian dan belum teratasi sepenuhnya pada hari terakhir evaluasi, defisit nutrisi teratasi sebagian dan belum teratasi sepenuhnya pada hari terakhir evaluasi, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan teratasi pada hari ke lima. pada hari rawatan ke-5 sesuai dengan kriteria hasil yang di inginkan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Direktur dan Perawat Ruang RSUP Dr. M. Djamil Padang

Melalui direktur agar di adakan pelatihan tentang metode asuhan keperawatan pada pasien hematemesis melena ec sirosis hepatis kepada pegawai lebih maksimal dengan harapan perawat mampu

memberikan pelayanan asuhan keperawatan profesional sesuai dengan standart asuhan keperawatan dan kode etik keperawatan.

2. Bagi Poltekkes Kemenkes Padang

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan pustaka untuk bisa dijadikan sebagai salah satu informasi untuk menambah pengetahuan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan terkhusus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan hematemesis melena ec sirosis hepatis.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai data dasar dalam melakukan penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Avai, Imelda, dkk. 2022. Penelitian Keperawatan. Padang : PT Global Eksekutif Teknologi
- Alimul Hidayat, Aziz. 2021. Studi Keperawatan ; Pendekatan Kualitatif. Surabaya : Healt Books Publishing
- Ahmed, H, O., & Ahmed, S, H. (2020). Etiologi of lower gastrointestinal bleeding in Sulaimani govenorate-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>
- Amin, Huda Nurarif (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC. Yogyakarta: Medi Action.
- Annisa, Ruly, dkk. 2022. Keperawatan Medikal Bedah. Bandung : Media Sains Indonesia
- Astuti, p. (2016, 12 21). RSUD Sidoarjo. Terapi Gizi Pada penderita Hepatitis.
- Bararah, T., Mohammad Jauhar. 2013. *Asuhan Keperawatan; panduan Lengkap menjadi Perawat Profesional. Jilid 2*. Jakarta : Prestasi Pustaka.
- Baeda, G (2022). *Buku ajar Gizi Dan Diet untuk pendidikan vokasi keperawatan*. Banyumas : PT. Pena Persada Kerta Utama
- Dr. Lyndon, S. (2014). *Buku ajar keperawatan pasien dengan gangguan fungsi gastrointestinal*. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara.
- Grace, P. A., & Neil, R. B. 2007. *At a Glance Ilmu Bedah, edisi3*. Jakarta: Erlangga.
- Hidayat,A. Aziz Alimul & Musrifatul Uliyah. (2014). *Pen`gantar Kebutuhan Dasar Manusia* Jakarta: Salemba Medika
- Hadi, Sujono. 2013. *Gastroenterologi*. Bandung : PT. Alumni.

- Jauhar, M. & B. (2013). *Asuhan keperawatan; panduan lengkap menjadi perawat professional jilid 2*. Jakarta: prestasi pustaka.
- Mustaroh, Imas & Nauri Anggita. 2018. *Metodologi Penelitian*. Jakarta : BPPSDM
- PPNI. (2017). *Standart Diagonosis Keperawatan Indonesia: Defenisi Dan Indikator Diagnostic* (tim pokja SDKI DPP PPNI). Jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat.
- PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi Dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- Smeltzer, S. C., & Bare B. G. 2013. *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Edisi 12. Jakarta: EGC
- Sutrisna, m. (2020). hubungan tanda-tanda hipertensi portal dengan kejadian perdarahan varises esophagus pada pasien sirosis hepatitis. *journal of nursing and public health*, 8(1), 66-72. <https://doi.org/10.37676/jnph.v8i1.1015>
- Sudoyo. (2009) *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: fakultas kedokteran universitas Indonesia.
- 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 surgary case reports*, 42, 82-84. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.11.049>

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HEMATEMESIS MELENA E_c SIROSIS HEPATIS DI RUANGAN
IRNA NON BEDAH PENYAKIT DALAM RSUP DR. M. DJAMIL PADANG TAHUN 2022/2023**

NO	KEGIATAN	NOVEMBER			DESEMBER			JANUARI			FEBRUARI			MARET			APRIL			MEI			JUNI		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1.	Konsultasi dan ACC judul Proposal																								
2.	Pembuatan dan Konsultasi Proposal																								
3.	Pendaftaran Sidang Proposal																								
4.	Sidang proposal																								
5.	Perbaikan Proposal																								
6.	Penelitian dan Penyusunan																								
7.	Pendaftaran Ujian KTI																								
8.	Sidang KTI																								
9.	Perbaikan KTI																								
10.	Pengumpulan perbaikan KTI																								
11.	Publikasi																								

Padang, 05 Juni 2023

Pembimbing 1	Pembimning 2	Mahasiswa
<u>(Ns. Yossi Suryarini, M.Kep, Sp.KMB)</u>	<u>(Ns. Hendri Budi, M.Kep, Sp.MB)</u>	<u>Nadya Okdilla</u>
NIP. 19750718 199803 2 002	NIP. 197401181997031002	NIM : 203110140

**ASPEK KEMERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DEMAM TIFUS MELITUS (DTM) DI RUANG
IRISAN SDA BEDAH PERSYAKT DALAM RANGKAIAN RSUD PADANG, TARIK 2022-2023**

NO	KEGIATAN	NOVEMBER	DESEMBER	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MAY	JUNI
1.	Konsultasi dan ACU jodid Proposal	█							
2.	Penelitian dan Konsultasi Proposal	█	█						
3.	Perencanaan Salting Proposal			█					
4.	Salting proposal			█					
5.	Perbaikan Proposal			█					
6.	Pendaftaran dan Penyusunan			█					
7.	Pendaftaran Ujian KTI			█					
8.	Salting KTI			█					
9.	Perbaikan KTI			█					
10.	Pengumpulan perbaikan KTI			█					
11.	Publikasi							█	█

Padang, Mei 2023

Penanggungjawab I  Dr. V. Susi Supriatni, M. Kes, Sp. K. (NMB) NIP. 197-50718-199803-2-002	Penanggungjawab  Drs. Hendrik Dadi, M. Kes, Sp. MHI NIP. 197-401181-98-7031-002	Staf  Nafisa Okadilla NIM : 202110140
---	--	--


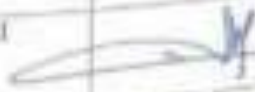



Fakultas Kesehatan Padang

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Nadya Oktilla
 NIM : 203110140
 Pembimbing 1 : Ns. Yenni Suryaniluh, M. Kep. Sp. Kep. MHI
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hematomeka
 Melalui Ex-Sitruus Hepatis Di RSUD Dr. M. Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Suras Pembimbing	Tanda Tangan
1	08 November 2022	ACC judul	
2	30 November 2022	Bimbingan BAB 1	
3	19 Desember 2022	Bimbingan BAB 1	
4	23 Desember 2022	Bimbingan BAB 1, BAB 2 dan BAB 3	
5	28 Desember 2022	Perbaiki WOC, BAB III, Lengkapi sesuai daftar lampiran dan daftar pustaka	
6	29 Desember 2022	Apa untuk syon	
7	18 Mei 2023	Bimbingan akhir	
8	10 Mei 2023	Bimbingan BAB 1, BAB 2, BAB 3, BAB 4, BAB 5	

Poltekkes Kemenkes Padang

10	09 Mei 2023	Perbaiki pembahasan	
11	15 Mei 2023	Perbaiki pembahasan dan BAB III	
12	17 Mei 2023	Perbaiki pembahasan dan surat	
13	23 Mei 2023	Perbaiki Abstrak	
14	26 Mei 2023	Ass untuk ajian Karya Tulis Ilmiah	

Catatan:

1. Lembar konsultasi harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yessi Endriyanti, M.Kep
NIP. 19780121 199903 2 005

**LEMBAR KONSULTASI KARVA TULUS HEMAH
PROMOSI DAN KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Nadya Oktalia
 NIM : 202110140
 Pembimbing 2 : Ns. Hanih Dadi, M. Kes, Sp. KMH
 Judul : Analisis Kepuasan Pada Pasien Dengan Dokumentasi
 Melalui Tz Sistem Rapsia Di RUMPAH M. Damar Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Sesi Pembimbing	Tanda Tangan
1	08 November 2022	Ac'c' jaldi	<i>[Signature]</i>
2	22 November 2022	Bimbingan BAB I	<i>[Signature]</i>
3	08 Desember 2022	Bimbingan BAB I, BAB II dan BAB III	<i>[Signature]</i>
4	21 Desember 2022	Bimbingan BAB I, BAB II dan BAB III	<i>[Signature]</i>
5	27 Desember 2022	Bimbingan BAB I, BAB II dan BAB III	<i>[Signature]</i>
6	29 Desember 2022	Bimbingan BAB I, BAB II dan BAB III	<i>[Signature]</i>
7	30 Desember 2022	Ac'c' ulang proposal KTI	<i>[Signature]</i>
8	04 April 2023	Perbaiki hasil penelitian format dokumentasi skripsi	<i>[Signature]</i>
9	04 Mei 2023	Bimbingan BAB IV dan format dokumentasi skripsi	<i>[Signature]</i>

Poltekkes Kementerian Kesehatan Padang

10	08 Mei 2023	Perfeksi hasil dan pembahasan	
11	15 Mei 2023	Perfeksi pembahasan	
12	18 Mei 2023	Perfeksi pembahasan, BAB III dan Abstrak	
13	22 Mei 2023	Perfeksi Abstrak	
14	23 Mei 2023	Acta ujian karya Tulis Ilmiah	

Catatan:

1. Laporan Kuesioner harus dibawa setiap kali pertemuan
2. Laporan Kuesioner diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu bentuk penelaahan sidang.

Mengetahui
Ketua Panitia D-III Kegerawatan Padang

No. Yeni Fadriyanti, M.Kep
NIP. 19750421 199903 2 005

Poltekkes Kemenkes Padang




RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127 Telp. (0751) 32371, 316253, 316254, ext 245
Email : dkk@rsupdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS

Nomor: LB.01.02/XVI.1.3.2/1649XI/2022

Yth.  Ka. Instalasi Rekam Medis
Ka. IRNA Non Bedah (Penyakit Dalam)

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal : Izin Survei Awal
Tanggal : 22 November 2022

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama : Nadya Oktilla
NIM/BP : 203110136
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Hematemesis Melena ec Sirosis Hepatis di RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kepala Yth. Bapak/Ibu PIR-karu
di Rm Non Bedah
Agar dipertimbangkan penelitian ini
o/n. Nadya Oktilla
Atas bantuan & partisipasinya
diucapkan terima kasih


Dr. Adhoni Zahir



LEMBARAN DISPOSISI
Instalasi Rekam Medis

Tgl/Nomor : 22-11-22

Asal : Sub Koordinator Pendidikan

Isi / Ringkasan : Izin Survei Awal Atau Izin Melakukan Penelitian, an. Noviani R, Hedy N D, Hedy

INTRUKSI / INFORMASI :

Acc Survei Awal

Mohon dipaparkan ke Pj
atau yg berkaitan dan dipaparkan
1/22/22

DITERUSKAN KEPADA :

- Ka Instalasi Rekam Medis
- Sekretaris Rekam Medis
- Sub Pj Administrasi
- Sub Pj Logistik
- Pj. Rekam Medis IGD
- Pj. Rekam Medis Rawat Jalan
- Pj. Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap
- Pj. Monitoring Evaluasi Rekam Medis & Pelaporan
- _____

Nadya Oktella

Gurat

Nadya Oktella Dyanita



KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"

Nomor : LB.02.02/5.7/183/2023

Protokol penelitian yang diajukan oleh:
The research protocol proposed by

Peneliti utama
Principal Investigator : Nadya Oktavia

Nama Institusi : Program Studi D.III Keperawatan

Name of the Institution : Poltekkes Kemenkes RI

with/without
Title

**"Asuhan Keperawatan Dengan Pasien Hematomekta Melena EC Stroke Hepatis Ditruangan Penyakit
Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2023"**

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Exploitation, 6) Kerahasiaan dan Privasi, dan 7) Perizinan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risk, 5) Permission/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laili Etik ini berlaku selama kurun waktu Januari 2023 sampai dengan Januari 2024

This declaration of ethics applies during the period January 2023 until January 2024

Padang, 29 Maret 2023
Chairperson

Dr. dr. Ostra Anam, SpKOK, FINSID, FANDY
NIP. 19681126 2008012014



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. H. DJAMIL PADANG

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127

Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax : (0751) 32371

Website : www.rsjdjamil.co.id, Email : rsjpdjamil@yahoo.com



Nama : DR/03.2110XVI.1.3.2/Sp.002023

31 Maret 2023

Perihal: Izin Melakukan Penelitian
s.n. Nadya Oktilla

Yang terhormat,
Direktur Politeknik Kesehatan Padang
Di

Tempat

Sehubungan dengan surat Direktur Politeknik Kesehatan Padang Nomor
PP/03.01/00240/2023 tanggal 06 Januari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini
kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin
kepada:

Nama : Nadya Oktilla
NIM/SP : 203110140
Instansi : DIII Program Studi Keperawatan Politeknik Kesehatan Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka
pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul:

**"Asuhan Keperawatan Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis di Ruang
Penyakit Dalam RSUD Dr. M. Djamil Padang"**

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik
penelitian kesehatan dengan dilakukannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUD Dr. M. Djamil Padang semata-mata
digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan
pada pihak lain yang tidak berkemungkinan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Dikti RSUD Dr.
M. Djamil Padang (dalam bentuk soft copy/unggah link:
ditk@rsjpdjamil.co.id).
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si
peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima
kasih.

s.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan



U. Nurhan Zahra
NIP. 19720112006012058

Terselamatkan
1. Instalasi Terkait
2. Yang bersangkutan

Politeknik Kesehatan Padang

INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden : Joherman
Umur/Tgl. Lahir : 45 / 17 - 07 / 870
Penanggung Jawab : Yut
Hubungan : Istri

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Nadya Okdilla, Nim 203110140, Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

Demikian surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, 23 April 2023

Responden



(Joherman)

INSTALASI RAWAT INAP NON BEDAH
(Penyakit Dalam, Kulit Kelamin, Jiwa, Syaraf dan Paru)
Sekretariat : SMI Penyakit Dalam RS,Dr.M.Djamil Padang



SURAT KETERANGAN
No. 62/IRNA NB/V/ 2023

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Alfitri, M.Kep Sp KMB
NIP : 197510102002121003
Jabatan : Sekretaris Perawatan Inap Non Bedah

dengan ini menerangkan bahwa sdr/i yang tersebut dibawah ini,

Nama : Wafys nabilha
Nim : 203110140
Institusi : Poltekkes Kemenkes III Padang

Telah selesai mengadakan penelitian di Instalasi Rawat Inap Non Bedah
(Penyakit Dalam) RSUP Dr.M.Djamil Padang tanggal 27 April - 1 Mei 2023 dengan
judul Penelitian,

"Asuhan Keperawatan pada Hematemesis Melena &c Scuris Hepatis di Inap
non bedah RSUP Dr.M. Djamil Padang."

Demikianlah surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan
sebagaimana mestinya.

Padang, 16 Mei 2023
Instalasi Rawat Inap Non Bedah
Sekretaris

Ns. Alfitri, M.Kep Sp KMB
Nip. 197510102002121003



SURAT KETERANGAN
DP.03.81/XV.1.3.2/51/V0203

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Adnan Zahr
NIP : 197309112008012008
Jabatan : Sub Koordinator Pendidikan dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Nadya Okilla
NIM/SP : 200110140
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap Non-Bedah (Penyakit Dalam) RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 27 April 2023 s.d 01 Mei 2023, guna pembuatan karya tulis/kripsi/tesis/dissertasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan Hematemesis Melena Ec Sirosis Hepatis di Ruang Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 16 Mei 2023

s.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Pendidikan & Pengembangan



dr. Adnan Zahr
NIP. 197309112008012008





KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PADANG

JLN. SIMP. PONDOK KOPI SITEBA NANGGALO PADANG TELP. (0751) 7051300 PADANG 25146



FORMAT PENGKAJIAN

NAMA MAHASISWA : Nadya okdilla
NIM : 203110140
RUANGAN PRAKTIK : DiRuangan Irna Non Bedah Penyakit Dalam RSUP.
Dr.M.Djamil Padang

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. PENGUMPULAN DATA

a. Identifikasi Klien

- 1) Nama : Tn. J
- 2) Tempat/tgl lahir : Padang, 17 Juli 1978
- 3) Umur : 45 Tahun
- 4) Jenis Kelamin : Laki-Laki
- 5) Status kawin : Kawin
- 6) Agama : Islam
- 7) Pendidikan : SMA
- 8) Pekerjaan : Wiraswasta (Bank swasta)
- 9) Alamat : Jalan Tampak Durian Belimbing Padang
- 10) Diagnosa Medis : Hematemesis Melena Ec Varises Bleeding +
Sirosis Hepatis + Varises Esofagus.

b. Identifikasi Penanggung Jawab

- 1) Nama : Ny. Y
- 2) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- 3) Alamat : Jalan Tampak Durian Belimbing Padang

4) Hubungan : Istri

c. Keluhan Utama

Pasien baru masuk rumah sakit melalui IGD pada tanggal 23-04-2023 pukul 11.00 wib dengan keluhan muntah darah dengan frekuensi 2 kali dalam sehari \pm segelas dan BAB berwarna hitam seperti aspal dan lengket dengan frekuensi 3x dalam sehari semenjak 1 hari sebelum masuk RS.

d. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang (PQRST)

Pada saat dilakukan pengkajian pada hari Kamis tanggal 27 April 2023 pada hari rawatan ke4 pasien mengatakan, pasien mengeluh nyeri pada perutnya yang membesar (asites), nyeri terasa hilang timbul dan bertambah apabila pasien bergerak dan duduk. Pasien mengatakan nyeri dengan skala 3-4 selama lebih kurang lebih 2 menit dan tidak menyebar ke bagian lain. Pasien mengatakan susah untuk beraktifitas dan susah tidur karena nyeri pada perutnya dibagian kanan. Dan pasien mengeluh nafsu makan menurun, dan terkadang mual. Pasien mengatakan susah untuk beraktivitas dan susah tidur karena nyeri pada perutnya. Dan pasien mengatakan demam naik turun, dan pasien mengeluh BABnya masih encer dan masih berwarna hitam dan lengket dengan frekuensi 3-4 kali sehari dengan warna urine kecoklatan seperti teh dengan volume sekitar 1000 cc dalam sehari.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan sekitar 5 bulan yang lalu pernah dirawat di RSUP Dr.M.Djamil Padang dengan diagnose sirosis hepatitis. Pasien memiliki riwayat penyakit asam lambung sebelum pasien dirawat pertama kalinya. dan pasien juga memiliki riwayat merokok dan mengonsumsi alkohol sejak 5 tahun yang lalu, pasien mengatakan

ada anggota keluarga lain yaitu adek kandungnya yang terpapar hepatitis C 2 tahun yang lalu.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga Tn. J mengatakan ada anggota keluarga lain yaitu adek kandungnya yang terpapar hepatitis C sejak 2 tahun yang lalu.

e. Pola Aktivitas Sehari-Hari (ADL)

1) Pola Nutrisi

Sehat : Pasien mengatakan pada saat sehat pasien makan 3 kali sehari, nafsu makan pasien normal tidak ada keluhan, pasien makan dengan menu nasi, sayur dan lauk. Pasien menghabiskan 1 porsi makan

Sakit : Pada saat di RS pasien mengatakan nafsu makan berkurang, pasien hanya memakan makanan dari RS menggunakan selang NGT. Pasien tidak puasa, Pasien mendapatkan diet DH I dalam sehari sebanyak 250 cc.

2) Pola Eliminasi

Sehat : Pasien mengatakan pada saat sehat pasien BAB 1 kali sehari warna gelap, tidak lengket, konsistensi agak padat, dan BAK 6-8 kali sehari berwarna kuning tidak pekat sekitar 1500 cc dalam sehari.

Sakit : Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan BAB tidak terhitung sehari dengan karakteristik feces encer, dan feces berwarna agak gelap, lengket sekitar 200cc . Selama di RS BAK pasien sekitar 3-4 kali sehari dengan warna urin kecoklatan seperti teh dengan volume sekitar 1000 cc dalam sehari.

3) Pola Tidur Dan Istirahat

Sehat : Pasien mengatakan biasanya tidur 6-7 jam dalam sehari dan jarang tidur pada siang hari dikarenakan pasien bekerja.

Sakit : Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sulit untuk tidur di malam hari dan siang hari karena perut terasa kembung dan nyeri pada perut sebelah kanan, pasien mengatakan tidur pada siang hari 1-2 jam dalam keadaan sering terbangun-bangun.

4) Pola Aktivitas Dan Latihan

Sehat : Pasien mengatakan pada waktu sehat pasien melakukan aktivitas sehari-hari secara normal dan tidak ada keluhan dan tanpa dibantu.

Sakit : Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan selama pasien di RS aktivitas pasien terbatas. Selama di RS aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

5) Pola Bekerja

Sehat : Pasien mengatakan bahwa pasien bekerja sebagai wiraswasta sebagai pegawai bank di daerah Lubuk Alung.

Sakit : Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan selama pasien di RS pasien tidak bekerja karena pasien sedang dirawat di rumah sakit.

f. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : Sedang
- 2) Kesadaran : compos mentis
- 3) TTV
 - TD : 105/85 mmHg
 - Nadi : 80 x/i
 - Pernafasan : 21 x/i
 - Suhu : 37,5 °C
- 4) Antropometri
 - TB : 168 cm

- BB : 50
- IMT : 17,71

5) System pernafasan

Terdapat penggunaan otot bantu pernafasan dengan menggunakan oksigen 3 liter dan pasien tampak sesak.

6) System kardiovaskuler

Tekanan darah dibatas normal yaitu 105/80 mmHg, akral teraba dingin, dan konjungtiva tampak anemis.

7) Sistem pencernaan

Pasien mengalami mual dengan frekuensi 2-3 kali sehari akibat ureum yang tersebar disirkulasi, mual mempengaruhi nafsu makan.

8) Sistem persyarafan

Pasien tidak mengalami penurunan kesadaran. Perubahan mental karena penyakit yang dideritanya.

9) System endokrin

Distensi abdomen, feses warna aspal bercampur darah, melena, urin kuning gelap seperti the, diare/konstipasi.

10) System genitouria

Tidak terpasang kateter urin

11) System integument dan imunitas

Kulit pasien tampak pucat, turgor kulit menurun

12) System wicara dan THT

Pasien tidak mengalami konfusi, mampu menjelaskan sesuatu dengan baik, tidak memiliki gangguan pada pendengaran dan penciuman.

13) System penglihatan

Pasien tidak mengalami masalah terkait indra penglihatan, serta indra penglihatan berfungsi dengan baik.

g. Pemeriksaan head to toe

- 1) Kepala
 - a) Wajah : wajah tampak sesak dan pucat.
 - b) Mata : konjuntiva anemis, sclera ikterik
 - c) Rambut : rambut tipis dan bersih
 - d) Hidung : terpasang oksigen nasal canul 4liter/i
 - e) Mulut : bibir pucat, tidak terdapat perdarahan dimukaso rongga mulut.
 - f) Leher : tidak terdapat pembengkakan kelenjar getah bening dan jugularis.
- 2) Thorax
 - a) Jantung
 - Inspeksi : ic tidak tampak
 - Palpasi : ic teraba 1 jari medial LMCS RICV
 - Perkusi : kardiomegali (-)
 - Auskultasi : BJ regular, murmur (-)
 - b) Paru
 - Inspeksi : simetris kiri dan kanan
 - Palpasi : fremitus kiri dan sama kanan
 - Perkusi : sonor
 - Auskultasi : vesikuler, rhongki (-), wheezing (-)
- 3) Abdomen
 - Inspeksi : tampak membuncit
 - Palpasi : hepar dan lien teraba
 - Perkusi : shifting dullness (+)
 - Auskultasi : BU+ normal
 - Lingkar perut : 120 cm
- 4) Genitalia : tidak dilakukan pemeriksaan, tidak terpasang kateter urine.
- 5) Ekstermitas

- a) Atas : Tidak terdapat edema, CRT >3 detik, kulit terasa gatal dan akral teraba dingin dan terpasang infuse IVFD Nacl 0,9 %.
- b) Bawah : Tidak terdapat edema , kulit terasa gatal, CRT> 3 detik dan akral teraba dingin.

h. Data Psikologis

- 1) Status Emosional : Status emosional pasien tampak stabil, pasien mampu mengontrol emosinya, pasien tampak tenang, dan pasien mengatakan badan terasa lemah.
- 2) Kecemasan : Pasien mengatakan ada perasaan khawatir terhadap penyakitnya
- 3) Pola Koping : Pola koping pasien aktif, dimana pasien mampu menerima kenyataan dan berusaha untuk sembuh dari penyakit yang dideritanya. Pasien tidak ada masalah dalam perawatan dirinya baik dirumah maupun di RS. Pada saat pasien di RS pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.
- 4) Gaya Komunikasi : Komunikasi pasien jelas dan baik dengan perawat dan keluarga.
- 5) Konsep diri diurai untuk komponen gambaran diri, harga diri, peran, identitas, ideal Diri : Pasien merupakan kepala keluarga berusia 45 tahun, pasien memiliki 3 orang anak. Pasien mengatakan menerima keadaan dirinya sekarang dan selalu berusaha untuk bisa sembuh dari penyakitnya dan suka saling membantu satu sama lain.

- i. Data Social** : Pasien adalah seorang kepala keluarga dan bekerja sebagai wiraswasta sebagai pegawai bank swasta. Pasien tinggal bersama keluarga dan anaknya. Pasien berobat menggunakan BPJS

j. Data Spiritual : Pasien beragama islam saat sehat pasien rutin menjalankan sholat lima waktu dan mengaji. Saat sakit pasien selalu berzikir sedangkan untuk solat pasien dibantu oleh keluarganya.

k. Data Penunjang

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
26 April 2023	CBC + DIFF			
	Hemoglobin	5,9	g/dL	13.0-16.0
	Leukosit	8.79	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
	Hematocrit	18	%	40.0-48.0
	Trombosit	100	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
	Eritrosit	1.98	$10^6/\mu\text{L}$	4.50-5.50
	Retikulosit	6.28	%	0.5-2.0
	MCV	88	fL	82.0-92.0
	MCH	30	pg	27.0-31.0
	MCHC	34	%	32.0-36.0
	RDW-CW	21.0	%	11.5-14.5
	Basofil	0.00	%	1-1
	Eosinofil	0.00	%	1-3
	Neutrofil Segmen	69	%	50.0-70.0
	Limfosit	16	%	20.0-40.0
Monosit	3	%	2.0-8.0	

	Sel Patologis		%	
	APTT	36.3	Detik	24.6-32
	PT	17.8	Detik	9.67-13.07
	APTT Control	27.4		
	INR	1.66		<1.2
	PT Kontrol	11.3		
27 April 2023	CBC + DIFF			
	Hemoglobin	8,4	g/dL	13.0-16.0
	Leukosit	15.71	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
	Hematocrit	26	%	40.0-48.0
	Trombosit	57	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
	Eritrosit	2.90	$10^6/\mu\text{L}$	4.50-5.50
	MCV	88	fL	82.0-92.0
	MCH	29	pg	27.0-31.0
	MCHC	33	%	32.0-36.0
	RDW-CW	19.9	%	11.5-14.5
	Basofil	0.00	%	1-1
	Eosinofil	0.00	%	1-3
	Neutrofil Segmen	82	%	50.0-70.0
	Limfosit	8	%	20.0-40.0

	Monosit	2	%	2.0-8.0
	Sel Patologis		%	

I. Program dan rancana Pengobatan

NO	NAMA OBAT	DOSIS	CARA
1.	Paracetamol	3x500 mg	NGT
2.	Sandostatin	2 ampul	Intravena
3.	Ceftriaxone	2x1 g	Intravena
4.	Lactulac	3x10 cc	NGT
5.	Azitromisin	1x5000 mg	Intravena
6.	Transamin	3x500 mg	Intravena
7.	Vitamin K	3x10 mg	Intravena
8.	Spirolakton	1x100 mg	Intravena
9.	Tranfusi Albumin 20 lash extra		IVFD
10.	Drip KCL 20 meq dalam 200 cc NaCl 0,9%	Habis dalam 4 jam	IVFD
11.	PRC 1 unit/hari		IVFD
12.	NaCl 0.9 %	8 jam / kolf	Intravena
13.	Acetylcysteine	3x200 mg	Intravena
14.	Diit DH I	250 cc	NGT

ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan BAB nya masih berwarna hitam dan lengket - Pasien merasa lemah - Pasien mengatakan karakteristik feces encer, dan feces berwarna agak gelap, lengket sekitar 200cc <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PT : 17.8 detik - APTT : 36.3 detik - HB : 5,9 g/dl - HT : 18% - Pasien terlihat pucat - Konjungtiva anemis - Trombosit : 100.000/mm³ - TD : 105/85 mmHg - N : 80 x/i - S : 37,5 C - P : 21 x/m 	Gangguan gastrointestinal	Risiko perdarahan (SDKI : 42) (D.0012)
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badannya terasa lemah - Pasien mengatakan badannya meriang - Pasien mengatakan HB nya dibawah batas normal 	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	Perfusi Perifer Tidak Efektif (SDKI : 37) (D.0009)

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - HB : 8,4 g/dl - HT : 26 % - Konjungtiva anemis - CRT > 3 detik - Akral teraba dingin - Warna kulit pucat - Turgor kulit menurun 		
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafsu makan menurun. - pasien mengatakan BB menurun - Pasien mengatakan perut terasa kembung <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak letih, lesu, lemah - Pasien terpasang selang NGT - Pasien terdapat diit DH I dengan jenis makanan cair - BB sebelumnya : 80 kg - BB saat ini : 50 kg - TB : 168 cm - IMT : 17,71 	Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien	Defisit nutrisi (SDKI : 56) (D. 0019)
4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit 	Kelemahan	Intoleransi aktivitas (SDKI : 128)

	<p>untuk beraktivitas karena nyeri pada perutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemah dan merasa tidak nyaman <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien bedrest - Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Pasien tampak lemah 		(D.0056)
--	--	--	----------

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	Risiko perdarahan b.d gangguan gastrointestinal (SDKI : 42) (D.0012)	27 April 2023	-	Nadya
2.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (SDKI : 37) (D.0009)	28 April 2023	-	Nadya
3.	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient (SDKI : 56) (D.0019)	28 April 2023	-	Nadya
4.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (SDKI : 128) (D.0056)	27 April 2023	-	Nadya

PERENCANAAN KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
1.	Risiko perdarahan b.d gangguan gastrointestinal (SDKI : 42) (D.0012)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan risiko perdarahan menurun dengan kriteria hasil : (L.02017) <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelembapan membrane mukosa meningkat 2. Kelembapan kulit meningkat 3. Hemoglobin membaik 4. Hematocrit membaik 5. Tekanan darah normal 120/80 mmHg 6. Suhu tubuh 36,5 – 37,5 C membaik 	<p>Pencegahan perdarahan (L.020670)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai HB dan HT sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor TTV 4. Monitor koagulasi (mis. Prothrombin time (PT), dan Partial thromboplastin time (PTT)) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan bedrest selama perdarahan 2. Batasi tindakan invasive, jika perlu 3. Hindari pengukuran suhu rektal <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K 3. Anjurkan segera melaporkan jika terjadi perdarahan 4. Anjurkan meningkatkan cairan untuk menghindari konstipasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat pengontrolan perdarahan. 2. Kolaborasi pemberian produk darah. 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja.
2.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (SDKI : 37) (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan perfusi perifer meningkat dengan Kriteria Hasil : (L.02013) <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Edema perifer 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan

		<p>menurun</p> <p>4. Akral cukup membaik</p> <p>5. Turgo kulit cukup membaik</p> <p>6. Tekana darah sistolik cukup membaik</p> <p>7. Tekanan darah diastolic cukup membaik</p>	<p>sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)</p> <p>peutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3) <p>borasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi produk
--	--	--	--

			darah.
3.	Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Mengabsorbsi Nutrien (SDKI : 56) (D. 0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan status nutrisi membaik dengan Kriteria Hasil : (L.03030) 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot mengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 5. Perasaan cepat kenyang menurun 6. Nyeri abdomen menurun 7. Rambut rontok menurun 8. Berat badan membaik 9. Indeks Massa Tubuh (IMT)	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Monitor berat badan 6. Memonitor hasil pemeriksaan laaboratorium 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3. Sajikan makanan

		<p>membalik</p> <p>10. Frekuensi makan membalik</p> <p>11. Nafsu makan membalik</p> <p>12. Bising usus membalik</p> <p>13. Membrane mukosa membalik</p>	<p>secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>4. Berikan suplemen makan, jika perlu</p> <p>asi</p> <p>1. Anjurkan posisi duduk, jika perlu</p> <p>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>borasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetic), jika perlu</p> <p>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</p>
4.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (SDKI : 128) (D.0056)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan Kriteria Hasil : (L.05047)</p> <p>1. Frekuensi nadi meningkat</p>	<p>Manajemen energy</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari 4. Keluhan lelah menurun 5. Dyspnea saat aktivitas menurun 6. Perasaan lemah menurun 7. Warna kulit membaik 8. Tekanan darah membaik 9. Frekuensi nafas membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan kenyamanan selama melakukan aktivitas <p>peutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 2. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur <p>asi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
--	--	---	--

			borasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--	---

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Kamis, 27 April 2023	Risiko perdarahan b.d gangguan gastrointestinal (SDKI : 42) (D.0012)	a. Monitor tanda dan gejala terjadinya perdarahan b. Memonitor risiko terjadinya perdarahan c. Memonitor nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah pasien kebingan darah d. Hb : 5,9g/dl sebelumnya e. Ht : 18% sebelumnya f. Memonitor tanda-tanda vital	S : a. Pasien mengatakan badannya terasa lemah b. Pasien mengatakan keluar darah dari mulut dan saat BAB berdarah c. Pasien mengatakan perutnya terasa kembung dan membuncit O : a. Pasien tampak lesu, dan lemah b. Pasien tampak pucat c. Monitor TTV 1. TD : 105/85 mmHg 2. N : 80 x/i 3. P : 21 x/i 4. T : 37,5 C d. Conjunctiva anemis e. Hb : 5,9 g/dl

			<p>f. Ht : 18%</p> <p>g. Monitor tanda dan gejala terjadinya perdarahan</p> <p>A : Masalah keperawatan belum teratasi identifikasi tanda dan gejala terjadinya perdarahan</p> <p>P : intervensi dilanjutkan memonitor tanda dan gejala terjadinya perdarahan</p>
Jumat, 28 April 2023	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (SDKI : 37) (D.0009)	<p>a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</p> <p>b. Monitor hasil hemoglobin dan hematocrit</p> <p>1. Hb : 5,9 g/dl</p> <p>2. Ht : 18%</p> <p>c. Monitor akral</p> <p>d. Monitor turgo kulit</p> <p>e. Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>f. Memberikan transfusi darah 1 kantong sesuai dengan orderan dokter</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih</p> <p>b. Pasien mengatakan badan terasa panas dingin atau meriang</p> <p>O :</p> <p>a. Hemoglobin : 5,4 md/dL</p> <p>b. Hematokrit : 18 %</p> <p>c. Akral teraba dingin</p> <p>d. Kulit tampak pucat</p> <p>e. Turgo kulit menurun</p> <p>f. CRT <3 detik</p> <p>g. TTV</p> <p>1. TD : 105/85 mmHg</p> <p>2. N : 80 x/i</p> <p>3. P : 21 x/i</p> <p>4. S : 37,5 C</p> <p>A : Masalah Keperawatan Belum Teratasi yaitu periksa sirkulasi</p>

			<p>perifer seperti suhu, nadi perifer, warna,</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan yaitu periksa sirkulasi perifer</p>
	<p>Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Mengabsorbsi Nutrien (SDKI : 56) (D. 0019)</p>	<p>a. Identifikasi status nutrisi</p> <p>b. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</p> <p>c. Memberikan diit DH 1 jenis makanan cair.</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan nafsu makan masih kurang</p> <p>b. Pasien mengatakan masih mual dan muntah</p> <p>c. Pasien mengatakan perut terasa kembung dan membuncit</p> <p>a. Pasien tampak lemah</p> <p>b. Pasien mendapat diit DH 1 jenis makanan cair</p> <p>c. Membran mukosa tampak pucat</p> <p>d. BB sebelumnya : 80 kg</p> <p>e. BB sekarang : 50 kg</p> <p>f. TB : 168 cm</p> <p>g. IMT :17,71</p> <p>A : Masalah Keperawatan Belum Teratasi identifikasi status nutrisi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan identifikasi status nutrisi.</p>
<p>Kamis, 27 April</p>	<p>Intoleransi aktivitas b.d kelemahan</p>	<p>a. membantu pasien dan keluarga mengidentifikasi</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan badan</p>

2023	(SDKI : 128) (D.0056)	kelemahan b. membantu pasien memperoleh sumber-sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang dilakukan c. memonitor tanda-tanda vital	terasa lemah dan letih O : a. Akral teraba dingin b. Kulit tampak pucat c. Turgo kulit menurun d. CRT <3 detik e. TTV : TD : 105/85 mmHg N : 80 x/i P : 21 x/i S : 37,5 C A : Masalah Keperawatan Belum Teratasi yaitu mengidentifikasi kelemahan P : Intervensi Dilanjutkan yaitu mengidentifikasi kelemahan
Jumat ,28 April 2023	Risiko perdarahan b.d gangguan gastrointestinal (SDKI : 42) (D.0012)	a. Memonitor risiko terjadinya perdarahan b. Memonitor nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah pasien kehilangan darah 1. Hb : 5.4 g/dl sebelumnya 2. Hb : 8.9 g/dl sesudah tranfusi 1 kantong PRC 3. Ht : 18% sebelumnya 4. Ht : 26%	S : a. Pasien mengatakan badannya terasa lemah b. Pasien mengatakan keluar darah dari mulut dan saat BAB berdarah c. Pasien mengatakan perutnya terasa kembung dan membuncit O : a. Pasien tampak lesu, dan lemah b. Pasien tampak pucat

		<p>sesudahnya</p> <p>c. Memonitor tanda dan gejala perdarahan</p> <p>d. Memonitor tanda-tanda vital</p>	<p>c. Monitor TTV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 120/70 mmHg 2. N : 100 x/i 3. P : 21 x/i 4. T : 37,0 C <p>d. Conjunctiva anemis</p> <p>e. Hb : 8,9 g/dl</p> <p>f. Ht : 26%</p> <p>A : Masalah keperawatan sebagian teratasi yaitu memonitor tanda dan gejala terjadinya perdarahan yaitu terdapat masih ada tanda dan gejala perdarahan seperti karakteristik feces encer, dan feces berwarna agak gelap, lengket sekitar 200cc</p> <p>P : intervensi dilanjutkan yaitu Memonitor risiko terjadinya perdarahan dan pemberian sandostatin 2ampl dibolus dan di lanjutkan 6 sandostatin 50 cc Nacl 0,9 % kec 2,08 cc/jam dihabiskan kemudian di aff,</p>
Sabtu, 29 April 2023	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (SDKI :	<p>a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih b. Pasien mengatakan badan terasa panas dingin.

	37) (D.0009)	<p>b. Monitor hasil hemoglobin dan hematocrit</p> <p>a. Hb : 8,9 g/dl</p> <p>b. Ht : 26%</p> <p>c. Monitor akral</p> <p>d. Monitor turgo kulit</p> <p>e. Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>f. Memberi obat oral paracetamol</p>	<p>O :</p> <p>a. Hemoglobin : 8,9 md/dL</p> <p>b. Hematokrit : 26%</p> <p>c. Akral teraba dingin</p> <p>d. Kulit tampak pucat</p> <p>e. Turgo kulit menurun</p> <p>f. CRT <3 detik</p> <p>g. TTV :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 120/70 mmHg 2. N : 100 x/i 3. P : 21 x/i 4. S : 37,0 C <p>A : Masalah Keperawatan sebagian Teratasi yaitu suhu badan naik turun dilakukan tindakan memberi obat oral yaitu paracetamol 500mg</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan memonitor HB dan HT</p>
Sabtu, 29 April 2023	Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Mengabsorpsi Nutrien (SDKI : 56) (D. 0019)	<p>a. Identifikasi status nutrisi</p> <p>b. Memonitor adanya mual-muntah</p> <p>c. Mengidentifikasi adanya penurunan BB</p> <p>d. Memonitor turgor kulit</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan nafsu makan masih kurang</p> <p>b. Pasien mengatakan masih mual dan muntah</p> <p>c. Pasien mengatakan perut masih terasa kembung dan membuncit</p>

		<p>e. Pemberian terapi nutrisi IVFD NaCL 0,9%</p>	<p>a. Pasien tampak lemah b. Pasien tampak menggunakan selang NGT c. Membran mukosa tampak pucat d. Pasien mnedapatkan diet DH I jenis makanan cair</p> <p>A : Masalah Keperawatan sebagian Teratasi yaitu identifikasi status nutrisi.</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan Memonitor adanya mual-muntah</p>
<p>Jumat, 28 April 2023</p>	<p>Intoleransi aktivitas b.d kelemahan Intoleransi aktivitas (SDKI : 128) (D.0056)</p>	<p>a. Menginstruksikan pasien dan keluarga beradaptasi dengan lingkungan b. Menginstruksikan pasien dan keluarga mempertahankan fungsi dan kesehatan terkait social, dan spiritual.</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih</p> <p>O :</p> <p>a. Akral teraba dingin b. Kulit tampak pucat c. Turgo kulit menurun d. CRT <3 detik e. Pasien tampak lelah f. Pasien selalu dibantu keluarga dan perawat</p> <p>A : Masalah Keperawatan belum Teratasi yaitu identifikasi</p>

			kelemahan P : Intervensi dilanjutkan identifikasi kelemahan
Sabtu, 29 April 2023	Risiko perdarahan b.d gangguan gastrointestinal (SDKI : 42) (D.0012)	a. Memonitor risiko terjadinya perdarahan b. Memonitor nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah pasien kehilangan darah 5. Hb : 5.9 g/dl sebelumnya 6. Hb : 8.9 g/dl sesudah tranfusi 1 kantong PRC 7. Ht : 18% sebelumnya 8. Ht : 26% sesudahnya c. Memonitor tanda dan gejala perdarahan d. Memonitor tanda-tanda vital	S : a. Pasien mengatakan badannya terasa lemah b. Pasien mengatakan perutnya terasa kembung dan membuncit O : a. Pasien tampak lesu, dan lemah b. Pasien tampak pucat c. Monitor TTV 1. TD : 120/70 mmHg 2. N : 100 x/i 3. P : 21 x/i 4. T : 37,0 C d. Conjungtiva anemis e. Hb : 8,9 g/dl f. Ht : 26% A : Masalah keperawatan belum teratasi yaitu memonitor risiko perdarahan P : intervensi dilanjutkan yaitu memonitor risiko perdarahan
Minggu ,	Perfusi Perifer Tidak	a. Periksa sirkulasi	S :

<p>30 April 2023</p>	<p>Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (SDKI : 37) (D.0009)</p>	<p>perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) b. Monitor akral c. Monitor turgo kulit d. Memonitor tanda-tanda vital</p>	<p>a. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih b. Pasien mengatakan badan terasa panas dingin.</p> <p>O :</p> <p>a. Akral teraba dingin b. Kulit tampak pucat c. Turgo kulit menurun d. CRT <3 detik h. TTV :</p> <p>5. TD : 110/70 mmHg 6. N : 89 x/i 7. P : 20 x/i 8. S : 37,0 C</p> <p>A : Masalah Keperawatan sebagian Teratasi yaitu HB dan HT P : Intervensi Dilanjutkan rencananya tranfusi PRC 1 kantong</p>
<p>Minggu, 30 April 2023</p>	<p>Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Mengabsorpsi Nutrien (SDKI : 56) (D. 0019)</p>	<p>a. Memonitor adanya mual-muntah b. Memonitor turgor kulit c. Pemberian terapi nutrisi IVFD NaCL 0,9% 8 jam/kolf d. Mengidentifikasi perubahan nafsu makan</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan nafsu makan menurun b. Pasien mengatakan masih mual dan muntah</p> <p>a. Pasien tampak lemah b. Pasien terpasang selang NGT, infuse IVFD NaCL 0,9 % 8 jam/kolf c. Membran mukosa tampak</p>

			<p>pucat</p> <p>A : Masalah Keperawatan belum Teratasi yaitu mual dan muntah pasien masih ada</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan mual dan muntah</p>
<p>Sabtu, 29 April 2023</p>	<p>Intoleransi aktivitas b.d kelemahan Intoleransi aktivitas (SDKI : 128) (D.0056)</p>	<p>a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</p> <p>b. Monitor akral</p> <p>c. Monitor turgo kulit</p> <p>d. Memonitor tanda-tanda vital</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih</p> <p>O :</p> <p>a. Akral teraba dingin</p> <p>b. Kulit tampak pucat</p> <p>c. Turgo kulit menurun</p> <p>d. CRT <3 detik</p> <p>e. Pasien tampak lelah</p> <p>f. Pasien selalu dibantu keluarga dan perawat</p> <p>A : Masalah Keperawatan Belum Teratasi yaitu mengidentifikasi kelemahan</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan mengidentifikasi kelemahan</p>
<p>Minggu, 30 April 2023</p>	<p>Risiko perdarahan b.d gangguan gastrointestinal (SDKI : 42) (D.0012)</p>	<p>a. Menginstruksikan keluarga memantau tanda-tanda perdarahan dan melapor sesegera mungkin</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan masih merasakan badannya terasa lemah</p> <p>b. Pasien mengatakan perutnya terasa kembung</p>

		<ul style="list-style-type: none"> b. Memonitor tanda-tanda vital c. Memberikan obat sesuai orderan dari dokter 	<p>dan membuncit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak lesu, dan lemah b. Pasien tampak pucat c. Monitor TTV <ul style="list-style-type: none"> 1. TD : 110/70 mmHg 2. N : 89 x/i 3. P : 20 x/i 4. T : 37,0 C d. Conjunctiva anemis <p>A : Masalah keperawatan sebagian teratasi yaitu perdarahan sudah berkurang karena pemberian obat transamin 3x500 mg</p> <p>P : intervensi dilanjutkan memonitor HB dan HT</p>
Senin, 1 Mei 2023	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (SDKI : 37) (D.0009)	<ul style="list-style-type: none"> a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) b. Monitor akral c. Monitor turgo kulit d. Memonitor tanda-tanda vital 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih b. Pasien mengatakan badan terasa panas dingin. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Akral teraba dingin b. Kulit tampak pucat c. Turgo kulit menurun d. CRT <3 detik

			<p>e. TTV :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 115/80 mmHg 2. N : 80 x/i 3. P : 20 x/i 4. S : 36,2 C <p>A : Masalah Keperawatan sebagian Teratasi yaitu memonitor hb dan ht dan sudah dilakukan tranfusi PRC 1 kantong</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p>
<p>Senin, 1 Mei 2023</p>	<p>Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Mengabsorpsi Nutrien (SDKI : 56) (D. 0019)</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan diit DH I jenis makanannya cair menggunakan selang NGT b. Memonitor turgor kulit c. Memonitor pucat pada konjungtiva 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mnegatakan nafsu makan masih kurang b. Pasien mengatakan perut terasa kembung <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak lemah b. Pasien masih menggunakan selang NGT c. Membran mukosa tampak pucat d. Konjungtiva masih anemis e. Pasien mnedapatkan diet DH I <p>A : Masalah Keperawatan Teratasi Sebagian yaitu memberikan diit DH I melalui selang NGT</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan memberi edukasi cara memberi makanan</p>

			melalui NGT kepada keluarga
Minggu, 30 April 2023	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan Intoleransi aktivitas (SDKI : 128) (D.0056)	<ul style="list-style-type: none"> a. mengidentifikasi kelemahan b. membantu memenuhi aktifitas sehari-hari pasien c. menginstruksikan pasien dan keluarga mempertahankan fungsi dan kesehatan terkait social dan spiritual 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Akral teraba dingin b. Kulit tampak pucat c. Turgo kulit menurun d. CRT <3 detik e. Pasien tampak lelah f. Pasien selalu dibantu keluarga dan perawat <p>A : Masalah Keperawatan sebagian Teratasi yaitu masih mengidentifikasi kelemahan</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan masih mengidentifikasi kelemahan</p>
Senin, 1 Mei 2023	Risiko perdarahan b.d gangguan gastrointestinal (SDKI : 42) (D.0012)	<ul style="list-style-type: none"> a. Menginstruksikan keluarga memantau tanda-tanda perdarahan dan melapor sesegera mungkin b. Memonitor tanda-tanda vital 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan masih merasakan badannya terasa lemah b. Pasien mengatakan perutnya terasa kembung dan membuncit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak lesu, dan lemah b. Pasien tampak pucat

			<p>c. Monitor TTV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 115/80 mmHg 2. N : 80 x/i 3. P : 20 x/i 4. T : 36,2 C <p>e. Conjunctiva anemis</p> <p>A : Masalah keperawatan sebagian teratasi yaitu perdarahan sudah sedikit berkurang dan hasil laboratorium meningkat intervensi dihentikan</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
Selasa, 2 Mei 2023	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (SDKI : 37) (D.0009)	<ol style="list-style-type: none"> a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) b. Monitor akral c. Monitor turgo kulit d. Memonitor tanda-tanda vital 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih b. Pasien mengatakan badan terasa panas dingin. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Akral terasa dingin b. Kulit tampak pucat c. Turgo kulit menurun d. CRT <3 detik e. TTV : <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 110/85 mmHg 2. N : 85 x/i 3. P : 20 x/i 4. S : 36,0 C <p>A : Masalah Keperawatan sebagian Teratasi sudah melakukan</p>

			<p>tranfusi PRC 1 kanton dan hb :8,9 dan ht 26% sudah mulai mendekati normal dan intervensi dihentikan</p> <p>P : Intervensi Dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.</p>
Selasa, 2 Mei 2023	Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Mengabsorbsi Nutrien (SDKI : 56) (D. 0019)	<ul style="list-style-type: none"> a. Menganjurkan diit pasien sesuai kebutuhan b. Memonitor turgor kulit c. Memonitor pucat pada konjungtiva d. Memberikan diit DH I melalui selang NGT 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mnegatakan nafsu makan masih kurang b. Pasien mengatakan perut terasa kembung <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak lemah b. Pasien masih menggunakan selang NGT c. Membran mukosa tampak pucat d. Konjungtiva masih anemis e. Pasien mendapatkan diet DH I <p>A : Masalah Keperawatan Teratasi Sebagian yaitu pasien masih mendapat diit DH I</p> <p>P : Intervensi Dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan</p>
Senin, 1 Mei 2023	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan Intoleransi aktivitas	<ul style="list-style-type: none"> a. mengidentifikasi kelemahan b. membantu 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan badan

	<p>(SDKI : 128) (D.0056)</p>	<p>memenuhi aktifitas sehari-hari pasien c. menginstruksikan pasien dan keluarga mempertahankan fungsi dan kesehatan terkait social dan spiritual</p>	<p>terasa lemah dan letih</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Akral teraba dingin b. Kulit tampak pucat c. Turgo kulit menurun d. CRT <3 detik e. Pasien tampak lelah f. Pasien selalu dibantu keluarga dan perawat <p>A : Masalah Keperawatan sebagian Teratasi yaitu pasien sudah bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara perlahan.</p> <p>P : Intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat</p>
--	----------------------------------	---	---