



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. I DENGAN
ULKUS PEPTIKUM DI RUANG CHRYSANT
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

**Disusun oleh :
GYSELLA HILMANITA
201701033**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. I DENGAN
ULKUS PEPTIKUM DI RUANG CHRYSANT
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

**Disusun oleh :
GYSELLA HILMANITA
201701033**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Gysella Hilmanita

NIM : 201701033

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi DIII
Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. I dengan Ulkus Peptikum di Ruang Chryasant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari sampai 12 Februari 2010 adalah hasil karya sendiri dan semua yang digunakan sudah saya nyatakan dengan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini tanpa ada unsur plagiarism baik dalam aspek substansi maupun penulisan. Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya, bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 31 Mei 2020

Yang membuat pernyataan,


Gysella Hilmanita

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. I dengan Ulkus Peptikum di Ruang Chrysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 31 Mei 2020

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



(Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep, M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.MB)

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. I dengan Ulkus Peptikum di Ruang Chrysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang disusun oleh Gysella Hilmanita (201701033) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 9 Juni 2020.

Bekasi, 9 Juni 2020

Penguji I



(Ns. Devi Susanti, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.MB)

Penguji II



(Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep, M.Kep)

Nama Mahasiswa : Gysella Hilmanita
NIM : 201701033
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan pada Tn. I dengan
Ulkus Peptikum di Ruang Chryasant Rumah
Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur
Halaman : xiii + 61 halaman + 1 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : Lisbeth Pardede

ABSTRAK

Latar Belakang : Penyakit ulkus peptikum yaitu suatu kerusakan pada dinding mukosa saluran pencernaan yang mengalami kontak dengan asam lambung yang merupakan masalah kesehatan yang kronis. Ulkus peptikum adalah ekskavasi (area berlubang) yang terbentuk dalam mukosa gaster, pilorus, duodenum atau esophagus. Tanda gejala yang muncul pada umumnya yaitu nyeri tumpul, seperti tertusuk atau sensasi terbakar pada ulu hati, muntah serta perdarahan gastrointestinal. Menurut data terakhir WHO yang dipublikasikan Mei 2014, kematian akibat penyakit ulkus peptikum di Indonesia mencapai 1,081 atau 0,08% dari total kematian. Berdasarkan data *medical record* Rumah Sakit Swasta di Bekasi pada satu tahun terakhir, terdapat 0,18% yang mengalami ulkus peptikum.

Tujuan Umum : Karya tulis ilmiah ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus peptikum melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan : Penyusunan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkn fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil : Hasil dari pengkajian didapatkan empat diagnosa keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif, gangguan rasa nyaman : nyeri akut, defisit nutrisi, dan intoleransi aktivitas. Diagnosa prioritas yang diangkat yaitu perfusi perifer tidak efektif. Intervensi pada diagnosa keperawatan prioritas adalah monitor pengisian capillary refill, monitor warna kulit, bibir, konjungtiva, dan akral, pantau hasil lab Hb dan Ht setiap hari, berikan transfusi darah PRC dan oksigen tambahan O₂ nasal sesuai program medis dan berikan obat-obatan sesuai dengan program medis.

Kesimpulan dan Saran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus peptikum perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. Diharapkan untuk petugas medis kesehatan memperhatikan penulisan pendokumentasian dengan tulisan yang jelas agar mudah dibaca dan dipahami agar tidak terjadi kesalahan.

Keyword : Asuhan Keperawatan, Ulkus Peptikum.

Daftar Pustaka : 11 (2010 – 2017)

Name : Gysella Hilmanita
Student Number : 201701033
Study Program : Diploma of Nursing
Title : Nursing Care for Mr. I with Peptic Ulcer in the
Chrysant Room in Mitra Keluarga East Bekasi
Hospital
Page : xiii + 61 pages + 1 table + 1 attachments
Supervisor : Lisbeth Pardede

ABSTRACT

Background : Peptic ulcer, is a defect in the mucosa walls of the digestive tract that come into contact with stomach acid, which is a chronic health problem. Peptic ulcer is an excavation (perforated area) formed in gaster mucosa, pilous, duodenum or esophagus. Sign of symptoms that appear in general are blunt pain, puncture or burning sensation in the liver, gastrointestinal vomiting and gastrointestinal bleeding. According to WHO latest published in May 2014, deaths from peptic ulcers in Indonesia have reached 1,081 or 08% of the total deaths. According to the medical record of the private hospital in Bekasi in one recent year, 0.18% had peptic ulcer.

Common Purpose : This scientific treatise is to get a real description to take care of nursing in patients with peptic ulcers through a comprehensive approach to nursing.

Writing Method : Forming of this scientific work is using a descriptive method, by revealing facts according to the data received

Results : The results of the study are four treatments found in treatments ineffective peripheral diffusion, comfort disorders: acute pain, nutrition deficits, and activity intolerance. Priority diagnosis of ineffective peripheral diffusion. Interventions in priority nursing diagnoses are monitor capillary refill time, monitor skin color, lip, conjunctiva, and acral, monitor daily Hb and Ht lab results, provide a blood transfusion PRC and supplemental oxygen O₂ Nasal according to medical programs, and provide medication according to medical programs.

Conclusion and Advice : Nursing care in patients with peptic ulcer needs to pay attention to the nursing problem that is ineffective peripheral diffusion to avoid further complications. It is expected that health - care professionals observe well-documented writing in an obvious way to make it easy to read and understand so as not to make mistakes.

Keyword : Nursing Care, Peptic Ulcer Care.

Bibliography : 11 (2010 – 2017)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. I dengan Ulcus Peptikum di Ruang Chrysant Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 samapi 12 Februari 2020. Karya tulis ini disusun untuk memebuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Dalam menulis karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan baik dari dalam diri maupun dari luar. Namun berkat dukungan, bantuan, serta bimbingan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing dalam penulisan makalah ilmiah ini yang telah membimbing, memberikan semangat dan motivasi, yang sudah meluangkan waktunya untuk untuk membimbing penulis sehingga dapat menyelesaikan makalah ini. Serta sebagai penguji II yang telah banyak memberikan pengarahan dan revisi kepada penulis.
2. Dr. Susi Hartati S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.An selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah dan studi Diploma III Keperawatan.
3. Ns. Devi Susanti, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.MB selaku penguji I dan ketua program studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah memberikan banyak masukan kepada penulis.
4. Ns. Anung Ahadi S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing akademik yang selalu memberikan arahan, dukungan dan motivasi kepada penulis
5. Seluruh dosen dan staf pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan dan dukungan kepada penulis.

6. Sr. Dian selaku kepala ruangan Chryasant dan Sr. Istiqomah selaku CM (Clinical Mentor) serta seluruh perawat Chryasant RS Mitra Keluarga Bekasi Timur yang telah banyak membimbing dan membantu penulis dalam praktik.
7. Tn. I dan keluarga yang telah bekerja sama dengan baik dan kooperatif sehingga penulis mendapatkan data, serta dapat melakukan atau menerapkan asuhan keperawatan yang dapat penulis selesaikan dengan baik.
8. Keluarga tercinta, khususnya kedua orang tua Bapak Helmi dan Ibu Irma. Serta kedua adik Putra dan Putri, yang selalu memberikan doa, motivasi dan dukungan, baik berupa materi maupun moril.
9. Teman – teman seperjuangan yang tercinta Suci Rahmayani, Evita Salsya, Marwati Ayu, Sabila Ainingrum, Yulia Ambarwati, Elysabeth Niken, Febi Priandini, Bunga Aziza, Sari Zulhiqmah, dan Dheana Sheila yang selalu memberikan semangat dan motivasi, serta membantu dalam proses pembuatan karya tulis ilmiah ini.
10. Teman seperjuangan karya tulis ilmiah KMB khususnya anak bimbingan Ibu Lisbeth yaitu Evita Salsya, Bella Nur, Annisa Oktariani, dan Jelita Dwi yang telah memberikan motivasi, dukungan serta bantuan dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.
11. Sahabat – sahabat tersayang Ajeng Fajrianti, Fauziah Nur, Dita Amalia, Hesty Ratna, Shabila Khoirunnisa, Nanda Fahira Anwar, Fatimah Azahra, Nurul Amanda, Satrio Hendryan, Imam Ghazali, dan Hambali Rafsanjani yang selalu memberi dukungan dan motivasi kepada penulis.
12. Rekan – rekan mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga, khususnya tingkat III dan seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis telah berusaha untuk dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan sebaik-baiknya. Namun penulis menyadari bahwa penulisan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna serta masih banyak kekurangan, maka penulis sangat berterimakasih atas kritik dan saran yang diberikan. Akhir kata penulis berharap makalah ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca,

khususnya mahasiswa/i bidang keperawatan dalam peningkatan kualitas pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus peptikum.

Bekasi, 31 Mei 2020

Gysella Hilmanita

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Ruang Lingkup.....	3
D. Metode Penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan.....	4
BAB II	6
TINJAUAN TEORI	6
A. Definisi.....	6
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi	7
1. Proses Perjalanan Penyakit.....	7
2. Manifestasi Klinis.....	8
3. Klasifikasi.....	9
4. Komplikasi	10
D. Penatalaksanaan Medis	11
E. Pengkajian Keperawatan.....	12

F. Pemeriksaan Diagnostik.....	13
G. Diagnosa Keperawatan.....	13
H. Intervensi Keperawatan.....	14
I. Implementasi Keperawatan.....	17
J. Evaluasi Keperawatan.....	18
BAB III.....	20
TINJAUAN KASUS.....	20
A. Pengkajian Keperawatan.....	20
B. Diagnosa Keperawatan.....	34
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan	34
BAB IV	51
PEMBAHASAN	51
A. Pengkajian Keperawatan.....	51
B. Diagnosa Keperawatan.....	53
C. Perencanaan Keperawatan	54
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	56
E. Evaluasi Keperawatan.....	57
BAB V.....	59
PENUTUP.....	59
A. Kesimpulan	59
B. Saran.....	61
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Analisa Data.....	31
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patoflowdiagram Ulkus Peptikum

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit ulkus peptikum yaitu suatu kerusakan pada dinding mukosa saluran pencernaan yang mengalami kontak dengan asam lambung yang merupakan masalah kesehatan yang kronis. Ulkus peptikum adalah ekskavasi (area berlubang) yang terbentuk dalam mukosa gaster, pilorus, duodenum atau esophagus. Ulkus terjadi karena erosi area terbatas dari membran mukosa, dapat meluas sedalam lapisan otot atau seluruh otot peritoneum (Dermawan & Tutik, 2010). Ulkus peptikum ditemukan di setiap area saluran gastrointestinal yang terpajan pada sekresi asam-pepsin. Ulkus peptikum sering disebut ulkus gaster, duodenum, atau esophagus, bergantung pada lokasinya (Brunner & Suddrath, 2013).

Kejadian ulkus peptikum tersebar diseluruh dunia dengan prevalensi berbeda tergantung pada sosial ekonomi dan demografi, dijumpai lebih banyak pada pria usia lanjut dan kelompok sosial ekonomi rendah (Mediansyah & Soraya, 2017). Sekitar 75% ulkus ini biasanya terjadi pada laki-laki, dan lebih sering diderita pada usia antara 40 – 60 tahun (Brunner & Suddrath, 2013). Insiden mengenai ulkus peptikum semakin meningkat secara global. Insiden ulkus peptikum di Amerika Serikat terjadi sekitar 10% dari populasi atau 4 juta jiwa setiap tahun, terutama kelompok usia 25 – 64 tahun. Lebih lanjut 15,000 kasus kematian setiap tahun sekitar 10 – 20% terjadi komplikasi, dan sebanyak 2 - 14% didapatkan ulkus dengan perforasi (Lemona, Karen, & Gerene, 2015). Prevalensi ulkus peptikum di Indonesia berkisar 11 – 14% pada pria dan 8 – 11% pada wanita. Ulkus peptikum dapat dijumpai pada semua umur dengan usia puncak 50 – 60 tahun. Menurut data terakhir WHO yang dipublikasikan Mei 2014, kematian akibat penyakit ulkus peptikum di Indonesia mencapai 1,081 atau 0,08% dari total kematian (Irramah, Julizar, & Lili, 2017).

Berdasarkan data *medical record* Rumah Sakit Swasta di Bekasi dalam satu tahun terakhir periode Januari 2019 sampai Januari 2020, ditemukan pasien dengan penyakit ulkus peptikum sebanyak 29 orang dari 15.748 pasien yang menjalani rawat inap dengan presentasi 0,18%.

Angka kejadian ulkus peptikum seperti data yang sudah diuraikan diatas dapat meningkat apabila penanganannya tidak dilakukan secara tepat, serta dapat menimbulkan komplikasi. Komplikasi yang dapat terjadi seperti perdarahan yang menyebabkan anemia, obstruksi pilorik, perforasi yang menyebabkan nyeri hebat dan dapat menyebabkan kematian (Lemona, Karen, & Gerene, 2015)

Peran perawat sangat diperlukan sebagai promotif, kuratif, rehabilitatif, dan preventif untuk mencegah terjadinya peningkatan angka kejadian pada penderita ulkus peptikum. Untuk mengurangi jumlah penderita ulkus peptikum peran perawat dalam aspek *preventif* dengan memotivasi pasien agar tidak mengkonsumsi makanan pedas dan makanan yang beresiko meningkatkan sekresi asam lambung. Aspek *promotif* dengan memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait penyakit ulkus peptikum, penyebab ulkus peptikum, tanda dan gejala ulkus peptikum, komplikasi ulkus peptikum serta penanganan ulkus peptikum. Peran sebagai *kuratif* dengan cara pengobatan, mengkonsumsi obat yang telah diberikan oleh dokter. Peran sebagai *rehabilitatif* dengan memberikan motivasi dan membantu untuk memulihkan pasien agar mampu melakukan aktivitas kembali secara optimal.

Berdasarkan uraian data di atas maka dari itu penulis tertarik untuk membahas dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus peptikum.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus peptikum.

2. Tujuan Khusus

Penulis diharapkan mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan ulkus peptikum.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan ulkus peptikum.
- c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan ulkus peptikum.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan ulkus peptikum.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan ulkus peptikum.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus kelolaan.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi/ alternatif pemecahan masalah.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus peptikum.

C. Ruang Lingkup

Asuhan keperawatan pada pasien Tn. I dengan ulkus peptikum di Ruang Chrysant RS Mitra Keluarga Bekasi Timur dari tanggal 10 Februari 2010 sampai dengan 12 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis adalah metode naratif deskriptif yaitu dengan memberikan gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu, penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis makalah ilmiah ini, seperti :

1. Studi kasus

Penulis melakukan pemberian asuhan keperawatan pada pasien secara langsung, dengan melakukan wawancara kepada pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik dan menerapkan proses asuhan keperawatan.

2. Studi literatur

Penulis memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media kepustakaan yaitu buku-buku yang ada kaitannya dengan masalah pasien dan juga media elektronik yaitu internet.

3. Media dokumentasi

Adalah dengan mengumpulkan data-data yang diperoleh melalui medical record pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, catatan keperawatan dan catatan dokter.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan makalah ini penulis membagi bagian makalah yang terdiri dari lima bab yang secara sistematika disusun sebagai berikut:

Bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

Bab II tinjauan teori yang terdiri dari konsep dasar penyakit seperti definisi, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Bab III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Bab IV pembahasan yang membahas antara kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus kelolaan dengan pendekatan proses keperawatan.

Bab V penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

Daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

Ulkus peptikum adalah ekskavasi (galian) yang terbentuk di dinding mukosa lambung, duodenum, pilorus atau esophagus. Ulkus peptikum sering disebut ulkus lambung, duodenum, atau esophagus, bergantung pada lokasinya. Ulkus kronis biasanya terjadi di sisi lambung yang kurang melengkung, didekat pilorus (Brunner & Sudrath, 2013).

Ulkus peptikum merupakan diskontinuitas mukosa lambung yang meluas sampai bawah epitel (jaringan mukosa, sub mukosa dan lapisan saluran pencernaan bagian atas, dapat terjadi diesofagus, gaster, duodenum dan jejunum). Dikategorikan ulkus bila terjadi robekan mukosa lambung dengan diameter ≥ 5 mm dan nekrosis hanya mengenai muskularis mukosa maka dikategorikan sebagai ulkus (Suratun & Lusianah, 2010)

Ulkus peptikum adalah ekskavasi (area berlubang) yang terbentuk dalam mukosa lambung, pilorus, duodenum atau esophagus. Ulkus terjadi karena erosi area terbatas dari membran mukosa, dapat meluas sedalam lapisan otot atau seluruh otot peritoneum (Dermawan & Tutik, 2010).

B. Etiologi

Menurut Suratun & Lusianah (2010), diantaranya :

1. Resistensi mukosa terhadap asam getah lambung. Ulkus kronis terjadi karena adanya sekresi asam lambung yang berlebihan.
2. Kerusakan pada susunan saraf pusat seperti neoplasma dan hipertensi maligna menyebabkan *chusing*, erosi akut dan ulkus lambung, esophagus, dan duodenum.

3. Kondisi psikologis seseorang berpengaruh pada munculnya ulkus lambung. Beban stress yang tinggi serta gaya hidup tidak teratur beresiko menderita *peptic ulcer*.
4. Infark pada dinding lambung karena asam lambung. Infark tersebut menjadi jaringan thrombus dan meninggalkan ulkus pada dinding lambung.
5. Faktor hormonal berpengaruh meninggalkan ulkus lambung seperti pada penyakit Addison's, pasien mengkonsumsi obat kortison untuk dosis yang mentens menambah timbulnya ulkus lambung yang disertai dengan komplikasi. Hal ini disebabkan karena obat kortikosteroid mengiritasi mukosa lambung. Adanya adenoma atau hiperplasia dari sel endokrin pancreas menimbulkan ulkus lambung yang hebat dan sering berbentuk multiple yang disebut Zollinger Ellison Syndrom. Peningkatan hormon gastrin juga akan merangsang sekresi HCL lambung diantrum.
6. Obat-obatan yang menyebabkan terjadinya ulkus lambung. Obat-obatan golongan NSAID seperti aspirin, ibuprofen, naproxen, dan diklofenak sering menyebabkan kelainan mukosa lambung. Phenylbutazon juga menyebabkan timbulnya ulkus lambung karena reserpin merangsang sekresi asam lambung.

C. Patofisiologi

1. Proses Perjalanan Penyakit

Ulkus peptikum terjadi pada mukosa gastroduodenal karena jaringan ini tidak dapat menahan kerja asam lambung pencernaan (asam hidroklorida dan pepsin). Erosi yang terjadi berkaitan dengan peningkatan konsentrasi dan kerja asam pepsin, atau berkenaan dengan penurunan pertahanan normal dari mukosa. Mukosa yang rusak tidak dapat mensekresikan mucus yang cukup untuk bertindak sebagai barrier terhadap asam klorida. Mucus ini mengabsorpsi pepsin dan melindungi mukosa terhadap asam. Bila asam hidroklorida tidak dibuffer dan tidak di netralisasi, lapisan luar mukosa tidak memberikan perlindungan,

maka asam hidroklorida bersama dengan pepsin akan merusak lambung. Mukosa yang tidak dapat dimasuki disebut barier mukosa lambung. Barier ini adalah pertahanan utama lambung itu sendiri (Nurani, 2015).

Proses terjadinya ulkus diawali dengan hilangnya fungsi proteksi lambung oleh asam hidroklorik, sehingga mengganggu fungsi HCL dan pepsin. Kerusakan dimulai sebagai akibat *hyperacidity* pada mukosa lambung dan usus yang menyebabkan fungsi barier lambung rusak. Apabila kondisi tersebut tidak tertangani, maka mukosa lambung semakin rusak bahkan sampai terjadi ulkus, yang pada akhirnya hampir keseluruhan mukosa lambung dan usus hilang dan fungsi lambung akan semakin menurun bahkan sampai hilang. Mukosa lambung yang mulai hilang membuat proteksi untuk jaringan disekitar termasuk pilorus sebagai klep penghalang masuknya asam hidroklorik dari lambung ke duodenum menjadi berkurang, sehingga asam hidroklorik masuk ke duodenum dan merusak mukosa duodenum dan menyebabkan terjadinya ulkus. Ulkus peptikum terjadi karena interaksi beberapa faktor seperti infeksi *H. Pylori* yang tidak terobati, stress fisik dan psikologis (Diyono & Sri, 2013).

2. Manifestasi Klinis

Menurut Brunner & Sudrath (2013), manifestasi klinis yang timbul yaitu :

- a. Gejala ulkus dapat berlangsung selama beberapa hari, minggu, atau bulan dan dapat reda hanya untuk kembali muncul tanpa penyebab. Banyak pasien menderita ulkus yang asimtomatik.
- b. Nyeri tumpul yang menggerogoti dan sensasi terbakar dipertengahan epigastrium atau dipunggung.
- c. Nyeri reda dengan mengkonsumsi atau menggunakan alkali, setelah lambung dikosongkan atau alkali menghilang, nyeri kembali timbul.

- d. Nyeri tekan lokal yang tajam terasa ketika diberikan tekanan lembut pada epigastrium.
- e. Pirosis (nyeri ulu hati) dan sensasi terbakar di esophagus dan lambung, kadang sendawa terasa asam.
- f. Muntah jarang terjadi tanpa komplikasi, muntah bisa saja didahului oleh mual dan biasanya terjadi setelah serangan nyeri berat dan kembung.
- g. Konstipasi atau diare dapat terjadi akibat diet dan medikasi.
- h. Perdarahan (15% pada pasien ulkus lambung) dan dapat terjadi feses berwarna hitam (seperti aspal).

3. Klasifikasi

Menurut Suratun & Lusianah (2010), klasifikasi ulkus peptikum dibagi menjadi dua yaitu :

a. Berdasarkan Kejadiannya

1) Ulkus Peptikum Akut

Timbul mendadak dan terjadi oleh adanya penyebab seperti luka bakar yang berat dan operasi yang berat atau karena obat-obatan. Lokasi ulkus peptikum ini sering ditemukan pada duodenum dan lambung. Sifat dari ulkus peptikum akut ini antara lain multiple dan dangkal, diameter 1 – 1,5 cm, bisa terdapat pendarahan, cepat sembuh dan dapat meninggalkan bekas.

2) Ulkus Peptikum Kronis

Gejala menahun, pasien memiliki riwayat penyakit nyeri ulu hati, nyeri lebih dari 2 bulan yang timbul terkait dengan makanan atau minuman, lama sembuh dan berdiameter 2,5 – 4 cm.

b. Berdasarkan letak ulkus

1) Ulkus Lambung

Terbanyak di angulus, antrum, dan prepilorus. Jarang terletak di korpus dan fundus. Biasanya diderita pada usia lebih dari 65 tahun.

2) Ulkus Duodenum

Letak terbanyak di dinding anterior dan posterior dari bulbus dan postbulber atau pars descendens duodeni di sebelah proksimal dari papilla vaterii. Jarang ditemukan pada distal papilla vaterii, biasanya diderita oleh usia 45 – 65 tahun. Dalamnya ulkus berkisar antara 1 mm sampai 1 cm.

4. Komplikasi

Menurut Hurst (2015), komplikasi yang pada ulkus peptikum yaitu :

a. Perdarahan

Perdarahan merupakan komplikasi yang paling sering dialami lansia. Perdarahan merupakan gejala yang paling sering terjadi akibat ulserasi dan erosi ke dalam pembuluh darah mukosa lambung. Ketika pembuluh darah kecil mengalami erosi, kehilangan darah dapat terjadi secara lambat dan bertahap, disertai darah samar pada feses yang menjadi satu-satunya tanda awal. Apabila perdarahan berlanjut, pasien dapat mengalami anemia dan gejala-gejala seperti kelemahan, keletihan, pusing, dan hipotensi ortostatik. Erosi yang terjadi pada pembuluh darah besar dapat menyebabkan perdarahan mendadak dan parah disertai hematemesis, melena atau hematokesia (darah pada feses), dan tanda syok hipovolemik.

b. Obstruksi pilorik (obstruksi pintu keluar lambung)

Disebabkan oleh edema disekitar ulkus, spasme otot polos, atau jaringan parut. Umumnya, obstruksi terjadi secara bertahap dibandingkan proses akut. Gejalanya meliputi rasa penuh pada

epigastrium, gejala ulkus yang lebih menonjol dan mual. Jika obstruksi tersebut komplet, muntah terjadi. Asam hidroklorat, natrium, dan kalium dapat bersamaan muntahan, yang berpotensi menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit serta alkalosis metabolik.

c. Perforasi

Komplikasi yang bisa menyebabkan kematian yaitu perforasi ulkus pada dinding mukosa. Ketika perforasi terjadi, cairan lambung atau duodenum memasuki peritoneum yang menyebabkan proses peradangan dan peritonitis. Peritonitis kimiawi dari asam hidroklorat, pepsin, empedu, dan cairan pankreas segera terjadi. Peritonitis bakterial kemudian terjadi dalam 6 – 12 jam setelah kontaminan lambung memasuki rongga peritoneum yang normalnya steril. Ketika terjadi perforasi ulkus, pasien dapat langsung mengeluh nyeri abdomen atas yang menjalar ke area abdomen dan kemungkinan sampai ke bahu. Abdomen menjadi kaku dan tegang seperti papan, tanpa bising usus. Tanda syok yang dapat ditemukan, meliputi diaforesis, takikardia, serta pernapasan cepat dan dangkal. Gejala klasik perforasi mungkin tidak terjadi pada lansia. Akan tetapi, lansia dapat mengalami kebingungan mental dan gejala tidak spesifik lain. Gejala atipikal tersebut dapat menyebabkan keterlambatan diagnosis dan terapi, yang meningkatkan angka kematian.

D. Penatalaksanaan Medis

1. Obat-obatan (Lemona, Karen, & Gerene, 2015)
 - a. Penyekat Reseptor H₂ (famotidine, nizatidine, ranitidine) : menghambat sekresi asam lambung
 - b. Inhibitor pompa proton (omeprazole, pantoprazole, lansoprazole, rabeprazole, esomeprazole) : menghambat pembentukan asam lambung

- c. Agen sitoprotektif (sucralfate) : melindungi sel mukosa dari asam
- d. Antasid (mylanta, maalox) : menetralkan asam lambung yang ada
- e. Antibiotik : menekan bakteri *H. Pylori*

2. Intervensi Bedah (Dermawan & Tutik, 2010)

Pembedahan gastrektomi sub-total atau vagotomi, bila sudah terjadi komplikasi perforasi, perdarahan dan obstruksi.

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut Suratun & Lusianah (2010), pengkajian pada pasien ulkus peptikum adalah sebagai berikut :

1. Aktivitas/ Istirahat
Kelemahan, kelelahan, takikardia, dan takipnea.
2. Sirkulasi
Takikardia, disritmia, pengisian kapiler lambat atau >3 detik, warna kulit pucat, sianosis, dan berkeringat.
3. Integritas ego
Gejala dan tanda yang mungkin ditemui meliputi stress akut atau kronis, perasaan tidak berdaya, gelisah, pucat, berkeringat, rentang perhatian menyempit, dan gemetar.
4. Eliminasi
Riwayat pendarahan, perubahan pola defekasi, nyeri tekan abdomen, distensi, bising usus meningkat, karakteristik feses (terdapat darah, berbusa, dan berbau busuk), konstipasi (perubahan diet dan penggunaan antasida).
5. Makanan atau cairan
Anoreksia, mual, muntah (warna kopi gelap atau merah), nyeri ulu hati, sendawa, intoleransi terhadap makanan, berat badan menurun.
6. Nyeri/ Kenyamanan
Nyeri berat seperti rasa terbakar, nyeri hilang setelah makan, nyeri epigastrik kiri ke mid epigastrik dapat menjalar ke punggung. Nyeri terasa 60 – 90 menit setelah makan pada ulkus gaster. Pada ulkus

duodenum gejala dan tanda yang mungkin muncul adalah nyeri epigastrik kanan dapat menjalar ke punggung atau thoraks, nyeri terjadi 2 sampai 4 jam setelah makan, wajah meringis menahan nyeri, perilaku hati-hati pada area yang nyeri dan rentangperhatian menyempit, rasa kembung setelah makan, mual dan nyeri tekan pada abdomen.

F. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Suratun & Lusianah (2010), pemeriksaan diagnostik pada pasien ulkus peptikum antara lain :

1. Endoskopi, gastroskop dimasukan melalui mulut ke lambung. Endoskopi ini memvisualisasikan mukosa lambung dan diambil contoh atau biopsy jaringan. Kemudian jaringan tersebut akan dianalisa dibawah mikroskop dan langsung di tes *H. Pylori*.
2. Tes Helicobacter Pylori, dilakukan pengujian feses, darah dan nafas. Pada uji nafas, pasien diberikan cairan untuk ditelan dan akan dipecahkan oleh *H. Pylori* menjadi gas. Gas yang terkandung pada nafas pasien tersebut di tes dengan menggunakan alat. Bila terdeteksi adanya gas pada udara pernapasan tersebut menunjukkan bahwa *H. Pylori* terdapat pada lambung.
3. Foto rontgen dengan barium enema. Melakukan X-ray atau foto rontgen pada lambung, keronkongon, dan usus kecil untuk melihat adanya luka (tukak).

G. Diagnosa Keperawatan

Menurut Suratun & Lusianah (2010), diagnosa keperawatan pada pasien ulkus peptikum antara lain :

1. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa dan spasme otot lambung.
2. Gangguan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nutrisi tidak adekuat, iritasi lambung.
3. Ansietas berhubungan dengan kondisi penyakit kronis.

H. Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa dan spasme otot lambung.

Hasil yang diharapkan : nyeri teratasi dengan skala nyeri 0 – 2, pasien menunjukkan postur tubuh rileks dan pasien mampu tidur atau istirahat dengan tepat.

Intervensi :

- a. Catat keluhan nyeri termasuk lokasi, lamanya, dan intensitas skala nyeri (0 – 10)
Rasional : untuk menentukan intervensi dan mengetahui efek terapi
- b. Kaji ulang faktor yang meningkatkan atau menurunkan nyeri
Rasional : membantu dalam membuat diagnose dan kebutuhan terapi.
- c. Catat petunjuk nyeri non-verbal, contoh gelisah, menolak bergerak, berhati-hati dengan abdomen, takikardi, berkeringat. Selidiki ketidaksesuaian antara petunjuk verbal dan non-verbal
Rasional : petunjuk nonverbal dapat berupa fisiologis dan psikologis dan dapat digunakan dalam menghubungkan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luas atau beratnya masalah
- d. Berikan makan sedikit tapi sering sesuai indikasi untuk pasien
Rasional : makanan mempunyai efek penetralisir asam, juga menghancurkan kandungan gaster. Makan sedikit mencegah distensi dan haluaran gaster
- e. Identifikasi dan batasi makanan yang menimbulkan ketidaknyamanan
Rasional : makanan khusus yang menyebabkan distress bermacam-macam antara individu. Penelitian menunjukkan merica berbahaya dan kopi (dekafein) dapat menimbulkan dyspepsia.
- f. Atur posisi yang nyaman bagi pasien
Rasional : posisi nyaman dapat menurunkan rasa nyeri
- g. Anjurkan pasien melakukan teknik non-farmakologis : relaksasi napas dalam, mendengarkan musik, nonton tv atau membaca.

Rasional : teknik relaksasi dapat mengalihkan perhatian pasien sehingga dapat menurunkan nyeri.

- h. Kolaborasi pemberian terapi analgetik dan antacid.

Rasional : analgetik untuk menghilangkan nyeri lambung, dan antacid untuk menurunkan keasaman lambung yang menyebabkan nyeri.

2. Gangguan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nutrisi tidak adekuat, iritasi lambung.

Hasil yang diharapkan : pemenuhan kebutuhan nutrisi adekuat dengan makan habis 1 porsi, berat badan meningkat atau tidak terjadi penurunan berat badan, hasil laboratorium Hb dan albumin normal.

Intervensi :

- a. Kaji status nutrisi dan pola makan pasien.

Rasional : sebagai dasar untuk menentukan intervensi.

- b. Puasakan pasien selama fase akut.

Rasional : menurunkan rangsangan lambung, sehingga mencegah muntah.

- c. Berikan makan peroral secara bertahap, mulai dari makanan saring.

Rasional : mencegah terjadinya iritasi pada mukosa lambung.

- d. Jelaskan agar pasien menghindari minuman yang mengandung kafein.

Rasional : kafein dapat merangsang aktivitas gaster dan menimbulkan nyeri.

- e. Timbang berat badan pasien setiap hari dengan alat timbangan yang sama.

Rasional : untuk mengetahui status nutrisi pasien.

- f. Kolaborasi pemberian terapi nutrisi parenteral.

Rasional : untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

- g. Kolaborasi pemberian multivitamin dan antacid sesuai program medis.

Rasional : meningkatkan nafsu makan dan menghilangkan mual

3. Ansietas berhubungan dengan kondisi penyakit kronis.

Hasil yang diharapkan : cemas teratasi dengan mendiskusikan pengenalan takut yang sehat dan takut yang tak sehat, menyatakan rentang perasaan yang tepat, menunjukkan rileks dan tingkat ansietas menurun, menunjukkan pemecahan masalah dan penggunaan sumber efektif.

Intervensi :

- a. Awasi respons fisiologis (takipnea, palpitasi, pusing, sakit kepala, sensasi kesemutan)

Rasional : indikatif derajat takut yang dialami pasien tetapi dapat juga berhubungan dengan kondisi fisik atau syok.
- b. Catat petunjuk perilaku pasien (gelisah, mudah terangsang, kurang kontak mata, perilaku melawan atau menyerang).

Rasional : indikator derajat kecemasan yang dialami.
- c. Dorong pasien untuk mengeksplorasi perasaan takut dan berikan umpan balik.

Rasional : membuat hubungan terapeutik, membantu pasien menerima perasaan dan memberikan kesempatan untuk memperjelas kesalahan konsep.
- d. Akui bahwa ini merupakan situasi menakutkan dan lainnya diekspresikan mirip dengan takut. Bantu pasien dalam menyatakan perasaan dengan mendengar aktif.

Rasional : bila pasien mengalami takut sendiri, validasi bahwa ini perasaan yang normal dapat membantu pasien merasa kurang terisolasi.
- e. Berikan lingkungan tenang untuk istirahat.

Rasional : memindahkan pasien dari stressor luar meningkatkan relaksasi, dapat meningkatkan keterampilan coping.
- f. Dorong dan dukung pasien dalam evaluasi pola hidup.

Rasional : perubahan mungkin perlu untuk menghindari berulangnya ulkus.

I. Implementasi Keperawatan

Menurut Kodim (2015), implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan klien. Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan.

Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan, yang mencakup meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping.

Menurut Kozier et al (1995) dalam Kodim (2015), beberapa pedoman dalam pelaksanaan implementasi keperawatan sebagai berikut :

1. Berdasarkan respons klien
2. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan profesional, hukum dan kode etik keperawatan.
3. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia.
4. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan.
5. Mengerti dengan jelas pesan-pesan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan.
6. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan klien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (*Self Care*)
7. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan. Dapat menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi klien.
8. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan.
9. Bersifat holistik.

10. Kerjasama dengan profesi lain.
11. Melakukan dokumentasi.

Jenis implementasi keperawatan antara lain :

1. *Independent implementations*, implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan. Seperti membantu dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan perawatan diri, dan mengatur posisi tidur.
2. *Interdependen/ Collaborative implementations*, tindakan keperawatan atas dasar kerjasama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Seperti pemberian obat oral, obat injeksi, infus, pemasangan kateter urin & pemasangan NGT.
3. *Dependent implementations*, tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain. Seperti ahli gizi, psikolog dan sebagainya.

J. Evaluasi Keperawatan

Menurut Kodim (2015), tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dengan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

Tujuan dari evaluasi antara lain :

1. Menentukan perkembangan kesehatan klien.
2. Menilai efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.
3. Menilai pelaksanaan asuhan keperawatan.
4. Mendapatkan umpan balik.
5. Tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Kriteria Evaluasi :

1. Efektivitas : mengidentifikasi apakah pencapaian tujuan yang diinginkan telah optimal.
2. Efisiensi : menyangkut apakah manfaat yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai dari program publik sebagai fasilitas yang dapat memadai secara efektifitas.
3. Responsivitas : mengkaji apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan/ keinginan, preferensi, atau nilai kelompok tertentu terhadap pemanfaatan suatu sumber daya.

Ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi :

1. Masalah teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
2. Masalah teratasi sebagian : jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.
3. Masalah tidak teratasi : jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah/ diagnosa keperawatan baru.

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi dengan cara membandingkan antara SOAP (*Subjektif, Objektif, Analisis, Planning*) dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan. *Subjektive* adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. *Objektive* adalah informasi yang di dapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. *Analisis* adalah membandingkan antara informasi *Subjektive* dan *Objektive* dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. *Planning* adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Kodim, 2015).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. I dengan jenis kelamin laki-laki, berusia 67 tahun, sudah menikah, agama Protestan, pendidikan terakhir SMA, bertempat tinggal di Perum Taman Nirwana, pekerjaan pensiunan. Sumber biaya asuransi manulife, sumber informasi dari pasien, keluarga, dan rekam medis.

2. Resume

Tn. I berusia 67 tahun masuk ke RSMK Bekasi Timur pada tanggal 07 Februari 2020 pukul 19.30 WIB, datang ke IGD dengan kursi roda diantar oleh keluarga dengan keluhan nyeri ulu hati sudah 2 hari, perut terasa kram dan begah, mual dan tidak nafsu makan. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit ulu hati dan dirawat di RSMK Bekasi Timur pada bulan November 2019, dan sudah dilakukan pemeriksaan Gastroskopi dengan hasil *Ulcus Gaster Gastritis Erosif*. Dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD: 129/91 mmhg, N: 105 x/mnt. Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan rasa nyaman : nyeri akut pada *region epigastric*. Tindakan keperawatan yang dilakukan memberikan posisi nyaman : semi fowler, memonitor TD dan nadi, mengkaji skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Tindakan kolaboratif yang dilakukan yaitu memberikan obat farmadol 500 mg/oral dan remopain 30 mg/IV. Evaluasi secara umum pasien mengatakan ulu hati masih terasa nyeri dengan skala nyeri 5, tetapi rasa begah diperut sudah hilang. TTV : TD : 121/ 88 mmHg, N: 99 x/mnt. Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

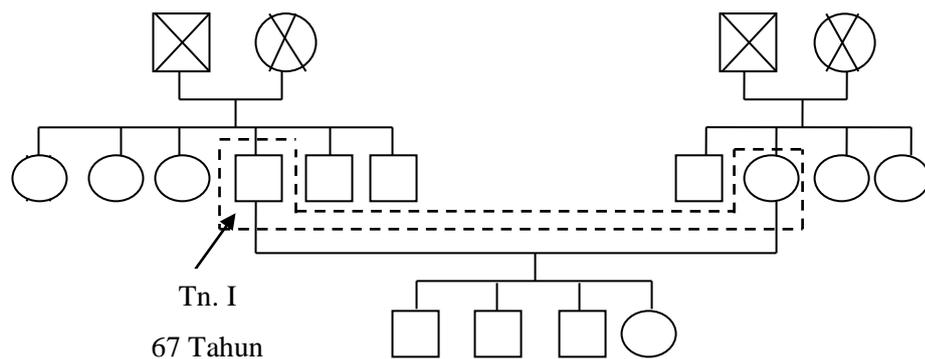
3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan nyeri ulu hati, seperti melilit pada *region epigastric* dengan skala 6, nyeri hilang timbul, dan nyeri timbul secara mendadak \pm 10 menit. Perut terasa mual dan begah. Pasien mengatakan faktor pencetusnya kemungkinan dahulu pasien suka makan-makanan yang pedas, dan memiliki riwayat penyakit maag. Upaya yang dilakukan dengan minum obat nyeri dan datang kerumah sakit.

4. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan pernah dirawat di RS pada tahun 2014 karena hernia, tahun 2016 karna DBD, dan terakhir dirawat pada tahun 2019 di RSMK Bekasi Timur karena *ulcus gaster*, dan BAB berdarah. Pasien mengatakan sedari muda memiliki riwayat maag akut. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat, makanan, binatang dan lingkungan. Pasien mengatakan hanya mengkonsumsi obat dari dokter sampai habis, dan tidak ada obat yang dikonsumsi secara rutin.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga



6. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko

Pasien mengatakan dari keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit *ulcus gaster*.

7. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Pasien mengatakan orang yang paling dekat dengannya yaitu istri dan cucunya. Pola komunikasi dalam keluarga baik dan pembuat keputusan dalam keluarga dengan bermusyawarah bersama istrinya. Pasien mengatakan sudah tidak lagi mengikuti kegiatan masyarakat dilingkungannya, seperti kerja bakti. Dampak penyakit yang diderita pasien terhadap keluarga menjadi cemas dan khawatir terhadap kondisi kesehatan pasien. Tidak ada masalah yang mempengaruhi pasien saat ini. Mekanisme koping pasien terhadap stress adalah tidur.

Persepsi pasien terhadap penyakitnya yaitu pasien mengatakan hal yang dipikirkan saat ini adalah ingin cepat sembuh dan pulang kerumah bertemu cucunya, pasien merasa cemas tetapi menjadi semangat karena selalu mendapatkan dukungan dari keluarga. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit yaitu sulit melakukan aktivitas sendiri, dan perlu bantuan orang lain.

Dalam sistem kepercayaan, nilai-nilai yang dianut pasien tidak ada yang bertentangan dengan kesehatan. Aktivitas keagamaan yang dilakukan yaitu ibadah di hari minggu.

8. Kondisi lingkungan rumah

Pasien mengatakan kondisi lingkungan rumah pasien bersih dan aman, jauh dari jalan raya.

9. Pola Kebiasaan

a. Pola Nutrisi

Sebelum sakit / sebelum di RS

Frekuensi makan 4x sehari, nafsu makan baik, porsi makanan yang dihabiskan 1 porsi. Pasien mengatakan menyukai makanan-makanan yang pedas. Pasien tidak memiliki alergi makanan, makanan yang tidak disukai, pantangan makanan, makanan diet, dan penggunaan obat-obatan sebelum makan juga tidak ada. Pasien tidak menggunakan alat bantu (NGT,dll).

Setelah di RS

Frekuensi makan 3x sehari, tetapi hanya mampu menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan, nafsu makan kurang, saat makan terasa mual dan begah. Pantangan makanan yaitu kol, susu, apel, pir, dan makanan pedas. Makanan diet yang diberikan adalah diit tinggi serat. Penggunaan obat sebelum makan yaitu inpepsa. Pasien tidak memiliki alergi makanan, makanan yang tidak disukai. Pasien tidak menggunakan alat bantu (NGT,dll).

b. Pola Eliminasi

Pola BAK sebelum sakit / sebelum di RS

Frekuensi BAK 6-7 x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, dan tidak menggunakan alat bantu (kateter, dll).

Pola BAK setelah di RS

Frekuensi 7-8 x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, dan tidak menggunakan alat bantu (kateter, dll).

Pola BAB sebelum sakit / sebelum di RS

Frekuensi 2x/hari, waktunya pagi dan siang hari, pasien mengatakan dua hari sebelum ke RS BABnya berwarna merah darah segar, konsistensi cair, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan laksatif.

Pola BAB setelah di RS

Frekuensi 1x/hari, waktunya pagi hari, berwarna coklat gelap, konsistensi lembek berampas, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan laxsatif.

c. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit / sebelum di RS

Pasien mandi 2x sehari pada waktu pagi dan sore, oral hygiene 2x setiap mandi, dan cuci rambut 3x seminggu.

Setelah di RS

Pasien mengatakan selama dirumah sakit badannya hanya di lap-lap saja oleh istrinya, dan sikat gigi 1x pada sore hari. Selama dirumah sakit belum cuci rambut.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit / sebelum di RS

Pasien tidur siang 2-3 jam, dan 6-7 jam saat tidur malam. Kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu menonton tv.

Setelah di RS

Pasien tidur siang 2-3 jam, dan 7-8 jam saat tidur malam. Kebiasaan pasien sebelum tidur tidak ada.

e. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit / sebelum di RS

Pasien sudah pensiun. Pasien mengatakan sering olahraga jalan pagi setiap 4-5x/ minggu. Tidak ada keluhan yang dirasakan setelah beraktivitas.

Setelah di RS

Pasien mengatakan saat banyak bergerak nyeri ulu hati makin bertambah. Badan terasa lemas, dan saat ingin bangun dari tempat tidur dan kamar mandi, kadang harus dibantu karena

kepala keleyengan. Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan.

f. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum dan setelah dirumah sakit pasien tidak merokok, pasien mengatakan sudah berhenti merokok pada tahun 2014 dan tidak memiliki riwayat mengkonsumsi minuman keras dan NAPZA.

10. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

BB: 71 kg (BB 1 bulan sebelum sakit: 74 kg), tinggi badan 176 cm, keadaan umum sakit sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal, sklera anikterik, pupil isokor, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik, tidak terdapat tanda-tanda radang, pasien menggunakan kacamata hanya untuk membaca. Reaksi terhadap cahaya positif.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga normal, kondisi telinga tengah normal tidak ada cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh ditelinga, tidak ada tinnitus. Fungsi pendengaran baik untuk kedua telinga, tidak ada gangguan keseimbangan, dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Sistem wicara pada pasien normal.

e. Sistem pernapasan

Jalan nafas bersih tidak ada sumbatan, pasien mengatakan tidak ada sesak, tidak menggunakan otot bantu pernapasan. Frekuensi 21 x/mnt, irama teratur, spontan, kedalaman dalam, tidak ada batuk dan tidak ada sputum. Perkusi dada sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada keluhan nyeri saat bernafas. Pasien menggunakan alat bantu nafas O₂ nasal 2 LPM.

f. Sistem Kardiovaskuler

Frekuensi nadi perifer 99 x/mnt, irama teratur, pulsasi kuat, TD 137/82 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis kanan dan kiri, temperatur kulit dingin, warna kulit tampak pucat, pengisian kapiler refill >3 detik, tidak ada edema. Kecepatan denyut apikal 99x/mnt, irama teratur. tidak ada kelainan bunyi jantung dan tidak ada keluhan sakit dada.

g. Sistem hematologi

Pasien tampak pucat dan terdapat perdarahan melalui melena.

h. Sistem syaraf pusat

Pasien mengatakan kepala keleyengan dan pusing saat bangun dari tempat tidur dan saat ingin ke kamar mandi. Kesadaran composmentis dengan *Glasgow Coma Scale* E=4, M=6, V=5. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK. Tidak ada gangguan sistem persyarafan, pemeriksaan reflek normal.

i. Sistem pencernaan

Keadaan gigi normal, tidak menggunakan gigi palsu, stomatitis tidak ada, lidah tidak kotor, saliv normal, muntah tidak ada, pasien mengatakan mual dan perut terasa begah, nyeri daerah abdomen bagian ulu hati pada *region epigastric* dengan skala 6, karakteristik nyeri seperti melilit, nyeri setempat tidak

menyebar, nyeri hilang timbul, lama nyeri sekitar ± 10 menit. Bising usus 12x/mnt, tidak ada keluhan diare dan konstipasi, warna feses coklat gelap (perdarahan) dan konsistensi lembek. Hepar teraba (hepatomegali) dan abdomen teraba lembek.

j. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, tidak ada luka gangren.

k. Sistem Urogenital

Intake : Infus 1000 cc, transfusi darah PRC 685 cc, oral 1500 cc, total 3185 cc. Output : Urin (8 x 250) 2000 cc, IWL 710 cc, total 2710. Balance cairan : $3185 - 2710 = +475$ cc/24 jam.

Tidak ada keluhan pola berkemih, BAK berwarna kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih, dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem integumen

Turgor kulit elastis, temperatur kulit dingin, warna kulit pucat, mukos bibir lembab, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan pada kulit, pada daerah pemasangan infus tidak ada tanda-tanda flebitis, tekstur rambut baik, rambut tampak bersih.

m. Sistem muskuloskeletal

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam pergerakan, tidak ada sakit pada tulang, sendi, dan kulit, tidak ada fraktur. Tidak ada kelainan bentuk tulang sendi dan tidak ada kelainan struktur tulang belakang. Keadaan tonus otot baik.

Kekuatan otot	5 5 5 5		5 5 5 5
	5 5 5 5		5 5 5 5

11. Data Tambahan

Pasien mengatakan mengetahui tentang penyakitnya ulkus lambung adalah penyakit lambung kronis, dimana keadaan lambung sudah luka-luka yang menyebabkan sangat nyeri. Tanda gejala yang muncul nyeri, mual, dan BAB berdarah. Penyakit yang disebabkan dahulu pasien menyukai makanan pedas dan aktif merokok. Pasien mengatakan mengetahui alasan diberikan tranfusi darah karena Hbnya rendah akibat kehilangan sel darah merah melalui BAB berdarah. Ditandai dengan lemas, kepala keleyengan, dan warna kulit putih pucat.

12. Data Penunjang

Tanggal 23 November 2019

Hasil Gastroskopi : *Ulcus Gaster, Gastritis Erosif*

Tanggal 09 Februari 2020

Hasil lab :

Natrium 139 mmol/l (135 – 145), kalium 4,33 mmol/l nilai rujukan (3,50 – 5,00), chloride 107 mmol/l nilai rujukan (98 – 108), besi (Iron) 30* ug/dl nilai rujukan (33 – 193), TIBC 187* ug/dl nilai rujukan (250 – 450), SGPT 8 u/l nilai rujukan (0 - 41)

Tanggal 10 Februari 2020

Hasil Lab :

Hemoglobin 5,2* g/dL nilai rujukan (13,5 - 18,0), leukosit 6,980 /ul nilai rujukan (4,000 - 10,500), hematokrit 15* vol% nilai rujukan (42 – 52), trombosit 182,000 /ul nilai rujukan (150,000 – 450,000), eritrosit 1,83* juta/ul nilai rujukan (4,70 – 6,00).

13. Penatalaksanaan Medis

- a. Obat via oral
 - 1) Capsul nyeri 2 x 1 kapsul campur
 - 2) Inpepsa syr 3 x 15 ml ac
 - 3) Folac 3 x 400 mcg
 - 4) Ferofort 1 x 1 tablet campur
- b. Obat via IV
 - 1) Pantoprazole 2 x 40 mg
- c. Obat via Drip
 - 1) Ceftriaxone 1 x 2 gr
 - 2) Paracetamol 3 x 1 gr
- d. Infus tutofusin 500 cc/ 12 jam
- e. Pemberian O₂ Nasal 2 LPM
- f. Cek lab Hb, Ht setiap hari
- g. Pemberian transfusi darah PRC 9 pack mencapai Hb minimal 13,0
- h. Diit tinggi serat (makanan lunak)

14. Data Fokus

Kedadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, TD : 137/82 mmHg, N : 99 x/mnt, RR : 21 x/mnt, S : 36,5⁰C.

a. Kebutuhan Fisiologis: Oksigen

Data subyektif : pasien mengatakan badan terasa lemas, kepala pusing, kepala keleyengan saat bangun dari tempat tidur dan saat ingin ke kamar mandi.

Data obyektif : TD : 137/82 mmHg, warna kulit pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, CRT >3 detik, warna bibir pasien tampak pucat, hasil lab Hb : 5,2* (13,5 – 18,0), Ht : 15* (42 – 52)

b. Kebutuhan Fisiologis: Nutrisi

Data subyektif : pasien mengatakan tidak nafsu makan, hanya mampu menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi, mual saat makan, dan selama sakit 2 bulan terakhir terjadi penurunan BB 3 kg.

Data obyektif : pasien tampak tidak nafsu makan, tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi, tampak lemas, warna bibir pucat, Hb : 5,2* (13,5 – 18,0), BB 1 bulan sebelum sakit 74 kg, BB setelah sakit 71 kg. $IMT = 71/(176)^2m = 71/3,09 = 22,97$ (normal).

c. Kebutuhan Fisiologis: Aktivitas

Data subyektif : pasien mengatakan saat banyak bergerak nyeri ulu hati makin bertambah. Badan terasa lemas, dan saat ingin bangun dari tempat tidur dan kamar mandi, kadang harus dibantu karena kepala keleyengan. Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan.

Data obyektif : TD : 137/82 mmHg, RR : 21 x/mnt, pasien tampak lemas, wajah pasien tampak pucat, saat BAK pasien dibantu dengan menggunakan urinal di tempat tidur.

d. Kebutuhan Aman Nyaman

Data subjektif : pasien mengatakan nyeri ulu hati, dengan karakteristik seperti melilit, nyeri setempat tidak menyebar, nyeri pada *region epigastric* dengan skala 6 dan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan nyeri bertambah saat banyak bergerak.

Data obyektif : TD : 137/82 mmHg, N : 99 x/mnt, pasien tampak memegang daerah ulu hati dan meringis, pasien tampak gelisah dan lemas. Hasil gastroskopi *ulcus gaster, gastritis erosif*.

15. Analisa Data

Tabel 3.1. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengatakan pusing, kepala keleyengan saat bangun dari tempat tidur dan saat ingin ke kamar mandi DO : - TD : 137/82 mmHg, - Warna kulit pasien tampak pucat - Konjungtiva anemis - Akral teraba dingin - CRT >3 detik - Warna bibir pasien tampak pucat - Hasil lab Hb : 5,2* (13,5 – 18,0), - Ht : 15* (42 – 52)	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Penurunan Konsentrasi Hemoglobi n
2.	DS : - Pasien mengatakan nyeri ulu hati, dengan karakteristik seperti melilit, nyeri setempat tidak menyebar, nyeri pada <i>region epigastric</i> dengan skala 6, nyeri	Gangguan Rasa Nyaman : Nyeri Akut pada bagian <i>Region Epigastric</i>	Proses Inflamasi

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<p>hilang timbul, dan nyeri timbul \pm 10 menit.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat banyak bergerak. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 137/82 mmHg, N : 99 x/mnt - Pasien tampak memegang daerah ulu hati dan meringis. - Pasien tampak gelisah dan lemas. - Hasil gastroskopi <i>ulcus gaster, gastritis erosif.</i> 		
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi - Pasien mengatakan mual saat makan - Pasien mengatakan selama sakit 1 bulan terakhir terjadi penurunan BB 3 kg. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak nafsu makan 	Defisit Nutrisi	Kurangnya Asupan Makanan

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak hanya menghabiskan ¼ porsi - Pasien tampak lemas - Warna bibir tampak pucat - Hb : 5,2* (13,5 – 18,0) - Dalam 1 bulan terdapat penurunan 3 kg. - $IMT = \frac{71}{(176)^2}m = \frac{71}{3,09} = 22,97$ (normal). 		
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan saat banyak bergerak nyeri ulu hati makin bertambah - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengatakan saat ingin bangun dari tempat tidur dan ke kamar mandi, kadang harus dibantu karena kepala keleyengan - Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 137/82 mmHg - RR : 21 x/mnt - Pasien tampak lemas 	Intoleransi Aktivitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien tampak pucat - Saat BAK pasien dibantu dengan menggunakan urinal di tempat tidur. 		

B. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
2. Gangguan rasa nyaman : nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan :

DS : pasien mengatakan badan terasa lemas, kepala pusing, kepala keleyengan saat bangun dari tempat tidur dan saat ingin ke kamar mandi.

DO : TD : 137/82 mmHg, warna kulit pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, akral teraba hangat, CRT >3 detik, warna bibir pasien tampak pucat, hasil lab Hb : 5,2* (13,5 – 18,0), Ht : 15* (42 – 52).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan perifer kembali efektif

Kriteria hasil : TD dalam batas normal (120/80 mmhg), pengisian CRT <3 detik, warna kulit dan bibir kemerahan, konjungtiva

ananemis, akral teraba hangat, keluhan kepala pusing dan keleyengan hilang, hasil lab Hb, Ht meningkat secara bertahap.

Rencana Tindakan :

- a. Monitor TD setiap 8 jam
- b. Monitor pengisian capillary refill setiap 8 jam
- c. Monitor warna kulit, warna bibir, konjungtiva, akral setiap 8 jam
- d. Pantau hasil lab Hb, Ht setiap hari sesuai program medis
- e. Berikan transfusi darah PRC 9 pack sesuai program medis
- f. Berikan oksigen tambahan O₂ Nasal 2 LPM sesuai program medis
- g. Berikan obat oral folac 3 x 400 mcg dan ferofort 1 x 1 tablet campur sesuai program medis

Implementasi

Senin, 10 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB memonitor TD dengan hasil TD : 120/80 mmhg dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 08.30 WIB memberikan obat oral folac 400 mcg dan ferofort 1 tablet campur dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 08.45 WIB memberikan terapi O₂ tambahan 2 LPM dengan hasil terapi O₂ berhasil diberikan 2 LPM dengan nasal dan pasien mengatakan merasa lebih nyaman. . Pukul 09.00 WIB memantau hasil lab Hb, Ht dengan hasil Hb 5,2* (13,5 – 18,0) dan Ht 15* (42 – 52). Pukul 09.30 WIB mengkaji pengisian kapiler dengan hasil CRT > 3 detik. Pukul 09.35 WIB mengkaji warna kulit, warna bibir, konjungtiva dan akral dengan hasil warna kulit dan bibir pucat, konjungtiva anemis, akral hangat. Pukul 12.30 WIB memberikan obat oral folac 400 mcg dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Dan pasien masih mengeluh kepala keleyengan dan badan lemas. Pukul 13.30 WIB memonitor TD dengan hasil TD : 133/85 mmhg. Pukul 14.00 WIB mengkaji pengisian kapiler dengan hasil CRT > 3 detik. Pukul 14.05 WIB mengkaji warna

kulit, warna bibir, konjungtiva dan akral dengan hasil warna kulit dan bibir pucat, konjungtiva anemis, akral dingin. Pukul 15.00 WIB memberikan transfuse darah PRC back ke I dengan hasil transfusi dengan volume 240 cc Gol. darah B resus + berhasil diberikan tidak ada alergi, dan tetesan transfusi lancar dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 19.00 WIB memberikan obat folac 400 mcg dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 21.00 WIB memberikan transfusi darah PRC back ke II dengan hasil transfusi dengan volume 210 cc Gol. darah B resus + berhasil diberikan tidak ada alergi, dan tetesan transfusi lancar dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 22.00 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil TD : 124/88 mmhg dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 22.15 WIB mengkaji pengisian kapiler dengan hasil CRT > 3 detik. Pukul 02.30 WIB memberikan transfusi darah PRC back ke III dengan hasil transfusi dengan volume 235 cc Gol. darah B resus + berhasil diberikan tidak ada alergi, dan tetesan transfusi lancar dilakukan oleh perawat ruangan.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif : Pasien mengatakan kepala masih keleyengan dan badan lemas

Objektif : TD : 124/88 mmhg, CRT > 3 detik, warna bibir dan kulit pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, transfusi darah 685 cc, hasil Hb 5,2* (13,5 – 18,0) dan Ht 15* (42 – 52).

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi a – g

Implementasi

Selasa, 11 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB memonitor TD dengan hasil TD : 130/83 mmhg dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 08.30 WIB memberikan obat oral folac 400 mcg dan ferofort 1 tablet campur dengan hasil obat

berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 09.00 WIB mengkaji pengisian kapiler dengan hasil CRT > 3 detik. Pukul 09.10 WIB mengkaji warna kulit, warna bibir, konjungtiva dan akral dengan hasil warna kulit dan bibir pucat, konjungtiva anemis, dan akral teraba dingin. Pukul 10.00 WIB memantau hasil lab Hb, Ht dengan hasil Hb 6,8* (13,5 – 18,0) dan Ht 20* (42 – 52). Pukul 12.30 WIB memberikan obat oral folac 400 mcg dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 13.30 WIB memonitor TD dengan hasil TD : 136/87 mmhg. Pukul 14.15 WIB mengkaji pengisian kapiler dengan hasil CRT > 3 detik. Pukul 14.20 WIB mengkaji warna kulit, warna bibir, konjungtiva dan akral dengan hasil warna kulit dan bibir pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin. Pukul 14.25 WIB mengkaji keluhan pasien dengan hasil pasien masih mengeluh badan lemas dan kepala keleyengan. Pukul 19.00 WIB memberikan obat folac 400 mcg dengan hasil obat berhasil diberikan tidak dimuntahkan, obat diberikan oleh perawat ruangan. Pukul 22.00 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil TD : 125/85 mmhg dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 22.15 WIB mengkaji pengisian kapiler dengan hasil CRT > 3 detik. Pukul 23.30 WIB memberikan transfusi darah PRC back ke I dengan hasil transfusi dengan volume 230 cc Gol. darah B resus + berhasil diberikan tidak ada alergi, dan tetesan transfusi lancar dilakukan oleh perawat ruangan.

Evaluasi Keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif : Pasien mengatakan badan terasa lemas

Objektif : TD : 125/85 mmhg, CRT >3 detik, warna bibir dan kulit pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, Hb 6,8* (13,5 – 18,0) dan Ht 20* (42 – 52).

Analisa : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi a – g

Implementasi

Rabu, 12 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil TD : 121/84 mmhg, N : 80 x/mnt dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 06.00 WIB memberikan transfuse darah PRC back ke II dengan hasil transfusi dengan volume 230 cc Gol. darah B resus + berhasil diberikan tidak ada alergi, dan tetesan transfusi lancar dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 08.30 WIB memberikan obat oral folac 400 mcg dan ferofort 1 tablet campur dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 10.00 WIB memberikan transfuse darah PRC back ke III dengan hasil transfusi dengan volume 205 cc Gol. darah B resus + berhasil diberikan tidak ada alergi, dan tetesan transfusi lancar. Pukul 12.30 WIB memberikan obat oral folac 400 mcg dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 13.30 WIB memonitor TD dengan hasil TD : 113/82 mmhg. Pukul 14.00 WIB mengkaji pengisian kapiler dengan hasil CRT >3 detik. Pukul 14.05 WIB mengkaji warna kulit, warna bibir, konjungtiva dan akral dengan hasil warna kulit dan bibir kemerahan, konjungtiva anemis, akral teraba hangat. Pukul 14.10 WIB mengkaji keluhan pasien dengan hasil pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemas, pusing tidak ada, kepala keleyengan sedikit. Pukul 14.45 WIB memantau hasil lab Hb, Ht dengan hasil Hb 9,4* (13,5 – 18,0) dan Ht 33* (42 – 52). Pukul 19.00 WIB memberikan obat folac 400 mcg dengan hasil obat berhasil diberikan tidak dimuntahkan, obat diberikan oleh perawat ruangan. Pukul 22.00 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil TD : 120/84 mmhg, N : 85 x/mnt dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 22.15 WIB mengkaji pengisian kapiler dengan hasil CRT >3 detik.

Evaluasi Keperawatan

Kamis, 13 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif : Pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemas, pusing tidak ada, kepala keleyengan sedikit

Objektif : TD : 120/84 mmhg, N : 85 x/mnt, CRT < 3 detik, warna bibir dan kulit kemerahan, konjungtiva anemis, akral teraba hangat, Hb 9,4* (13,5 – 18,0) dan Ht 33* (42 – 52).

Analisa : Masalah teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : Hentikan intervensi.

2. Gangguan rasa nyaman : nyeri akut berhubungan proses inflamasi ditandai dengan :

DS : pasien mengatakan nyeri ulu hati, dengan karakteristik seperti melilit, nyeri setempat tidak menyebar, nyeri pada *region epigastric* dengan skala 6, nyeri hilang timbul, nyeri timbul ± 10 menit. pasien mengatakan nyeri bertambah saat banyak bergerak.

DO : TD : 137/82 mmHg, N : 99 x/mnt, pasien tampak memegang daerah ulu hati dan meringis, pasien tampak gelisah dan lemas. Hasil gastroskopi *ulcus gaster, gastritis erosif*.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan nyeri teratasi

Kriteria Hasil : TD dan N dalam batas normal, TD (120/80 mmhg), N (60-100 x/mnt), skala nyeri berkurang (0-1), pasien tidak menunjukkan ekspresi rileks atau bebas nyeri, pasien mampu mengontrol nyeri dengan relaksasi nafas dalam

Rencana tindakan:

- a. Monitor TD dan nadi setiap 8 jam
- b. Kaji karakteristik nyeri (PQRST)
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal : ekspresi nyeri
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

- e. Ajarkan dan anjurkan teknik nonfarmakologis : relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
- f. Berikan posisi nyaman semi fowler
- h. Berikan obat oral kapsul nyeri 2 x 1 kapsul campur, inepsa 3 x 15 ml/oral sebelum makan, dan pantoprazole 1 x 40 mg/IV sesuai program medis

Implementasi

Senin, 10 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil TD : 120/80 mmhg, N : 88 x/mnt dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 08.30 WIB memberikan obat oral kapsul nyeri 1 kapsul campur dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 10.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien kooperatif, dan mampu melakukan tarik nafas dalam. Pukul 10.15 WIB memberikan posisi nyaman : semi fowler dengan hasil pasien mengatakan merasa lebih nyaman. Pukul 11.30 WIB memberikan obat oral inepsa 15 ml sebelum makan dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 13.30 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil TD : 133/85 mmhg, N : 93 x/mnt. Pukul 14.00 WIB mengidentifikasi respons nyeri non verbal : ekspresi dengan hasil pasien tampak meringis dan gelisah. Pukul 14.05 WIB mengkaji karakteristik nyeri dengan hasil pasien mengatakan masih terasa nyeri dengan skala 5 seperti melilit pada bagian *region epigastric*, nyeri tidak menyebar, dan nyeri hilang timbul muncul ± 10 menit. Pukul 14.10 WIB mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri bertambah jika banyak bergerak dan nyeri berkurang bila duduk tegak atau setengah duduk. Pukul 17.00 WIB memberikan obat oral inepsa 15 ml sebelum makan dengan hasil obat berhasil diberikan tidak dimuntahkan, obat diberikan oleh perawat ruangan. Pukul 19.00 WIB memberikan obat oral kapsul nyeri 1 kapsul campur dengan hasil obat

berhasil diberikan tidak dimuntahkan, obat diberikan oleh perawat ruangan. Pukul 22.00 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil TD : 124/88 mmhg, N : 85 x/mnt dilakukan oleh perawat ruangan.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif : Pasien mengatakan masih terasa nyeri dengan skala 5 seperti melilit pada bagian *region epigastric*, nyeri tidak menyebar dan hilang timbul. Pasien mengatakan nyeri bertambah jika banyak bergerak dan nyeri berkurang bila duduk tegak atau setengah duduk

Objektif : TD : 124/88 mmhg, N : 85 x/mnt, pasien tampak gelisah

Analisis : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi a – g

Implementasi

Selasa, 11 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil TD : 130/83 mmhg, N : 87 x/mnt dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 08.05 WIB mengidentifikasi respons nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis dan gelisah. Pukul 08.30 WIB memberikan obat pantoprazole 40 mg melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan tetesan infuse lancar. Pukul 08.10 WIB mengkaji karakteristik nyeri dengan hasil pasien mengatakan masih terasa nyeri dengan skala 5 nyeri seperti melilit pada bagian *region epigastric*, nyeri tidak menyebar, hilang timbul, dan nyeri muncul \pm 10 menit. Sangat nyeri apabila ditekan dan banyak bergerak. Pukul 08.30 WIB memberikan obat oral kapsul nyeri 1 kapsul campur dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 10.15 WIB memberikan posisi nyaman : semi fowler dengan hasil pasien mengatakan merasa lebih nyaman. Pukul 11.30 WIB memberikan obat oral inpepsa 15 ml sebelum makan dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 13.30 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil

TD : 136/87 mmhg, N : 90 x/mnt. Pukul 13.45 WIB menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat dan pasien mengatakan merasa lebih rileks dan nyeri berkurang dengan skala 4. Pukul 14.00 WIB mengidentifikasi respons nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak lebih rileks dan tenang. Pukul 14.05 WIB mengkaji karakteristik nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 4 nyeri seperti melilit pada bagian *region epigastric*, nyeri tidak menyebar, dan nyeri hilang timbul muncul \pm 10 menit. . Pukul 17.00 WIB memberikan obat oral inpepsa 15 ml sebelum makan dengan hasil obat berhasil diberikan tidak dimuntahkan, obat diberikan oleh perawat ruangan. Pukul 19.00 WIB memberikan obat oral kapsul nyeri 1 kapsul campur dengan hasil obat berhasil diberikan tidak dimuntahkan, obat diberikan oleh perawat ruangan. Pukul 22.00 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil TD : 125/85 mmhg, N : 83 x/mnt dilakukan oleh perawat ruangan.

Evaluasi Keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif : pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 4 nyeri, nyeri seperti melilit pada bagian *region epigastric*, nyeri tidak menyebar, dan nyeri hilang timbul muncul \pm 10 menit. Pasien mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman.

Objektif : TD : 125/85 mmhg, N : 83 x/mnt, pasien tampak lebih tenang dan rileks.

Analisa : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi a - g

Implementasi

Rabu, 12 Februari 2020

Pukul 06.00 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil TD : 121/84 mmhg, N : 80 x/mnt dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 08.30 WIB memberikan obat pantoprazole 40 mg melalui IV dengan hasil

obat berhasil diberikan tetesan infuse lancar dan obat oral kapsul nyeri 1 kapsul campur dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 10.00 WIB mengkaji karakteristik nyeri dengan hasil pasien mengatakan masih terasa nyeri tapi tidak seperti kemarin, nyeri dengan skala 3 seperti melilit pada bagian *region epigastric*, nyeri timbul ketika ditekan saja. Pukul 10.10 WIB menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat dan mengatakan lebih merasa rileks dan nyaman. Pukul 11.30 WIB memberikan obat oral inpepsa 15 ml sebelum makan dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 13.30 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil TD : 113/82 mmhg, N : 89 x/mnt. Pukul 13.40 WIB memberikan posisi nyaman : semi fowler dengan hasil pasien mengatakan merasa lebih nyaman. Pukul 14.00 WIB mengidentifikasi respons nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak rileks dan tenang. Pukul 17.00 WIB memberikan obat oral inpepsa 15 ml sebelum makan dengan hasil obat berhasil diberikan tidak dimuntahkan, obat diberikan oleh perawat ruangan. Pukul 19.00 WIB memberikan obat oral kapsul nyeri 1 kapsul campur dengan hasil obat berhasil diberikan tidak dimuntahkan, obat diberikan oleh perawat ruangan. Pukul 22.00 WIB memonitor TD dan nadi dengan hasil TD : 120/84 mmhg, N : 85 x/mnt dilakukan oleh perawat ruangan.

Evaluasi Keperawatan

Kamis, 13 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif : pasien mengatakan masih terasa nyeri tapi tidak seperti kemarin, nyeri dengan skala 3 seperti melilit pada bagian *region epigastric*, nyeri timbul ketika ditekan saja. Pasien mengatakan lebih merasa rileks dan nyaman.

Objektif : TD : 120/84 mmhg, N : 85 x/mnt, pasien tampak rileks dan tenang.

Analisa : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi di ruangan

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan
 DS : pasien mengatakan tidak nafsu makan, hanya mampu menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi, mual saat makan, dan selama sakit 1 bulan terakhir terjadi penurunan BB 3 kg.

- DO : pasien tampak tidak nafsu makan, tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi, tampak lemas, warna bibir pucat, Hb : 5,2* (13,5 – 18,0), dalam 1 bulan terdapat penurunan 3 kg. $IMT = 71/(176)^2m = 71/3,09 = 22,97$ (normal).

Tujuan : setelah dilakukan 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi adekuat.

Kriteria Hasil : Nafsu makan meningkat, mual muntah tidak ada, pasien mampu menghabiskan makan 1 porsi, tidak ada penurunan BB dengan IMT 22,97 (normal).

Rencana Tindakan :

- a. Timbang BB setiap 3 hari.
- b. Kaji asupan makan pasien
- c. Kaji adanya mual dan muntah
- d. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang tidak boleh dikonsumsi
- e. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering
- f. Anjurkan pasien makan makanan selagi hangat
- g. Berikan diit tinggi serat (makanan lunak) sesuai program medis.
- h. Berikan obat inpepsa 3 x 15 ml/oral sebelum makan, dan pantoprazole 1 x 40 mg/IV sesuai program medis

Implementasi

Senin, 10 Februari 2020

Pukul 08.30 WIB mengkaji asupan makan pasien dengan hasil pasien mengatakan makannya hanya habis $\frac{1}{2}$ porsi, tidak nafsu makan karena perut terasa mual. Pukul 08.45 WIB menganjurkan makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan akan mencobanya. Pukul 11.30 WIB memberikan obat oral inpepsa 15 ml sebelum makan dengan

hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 11.40 WIB memberikan pasien diit lambunng dengan hasil pasien mengatakan akan memakannya. Pukul 11.45 WIB menganjurkan makan-makanan selagi hangat dengan hasil pasien mengatakan akan mencobanya. Pukul 12.00 WIB menganjurkan pasien menghindari makanan dan minuman yang tidak boleh dikonsumsi, seperti : makanan pedas, asam, bersantan, kopi, teh dan susu dengan hasil pasien kooperatif, akan mengikuti anjuran perawat. Pukul 14.30 WIB mengkaji asupan makan pasien dengan hasil pasien mengatakan makannya hanya habis ½ porsi, tidak nafsu makan karena perut masih terasa mual. Pukul 14.40 WIB mengkaji adanya mual dan muntah dengan hasil pasien mengatakan mual ada, muntah tidak ada. Pukul 17.00 WIB memberikan obat oral inpepsa 15 ml sebelum makan dengan hasil obat berhasil diberikan tidak dimuntahkan, obat diberikan oleh perawat ruangan. Pukul 19.00 WIB memberikan obat pantoprazole 40 mg melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan tetesan infuse lancar, obat diberikan oleh perawat ruangan.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif : pasien mengatakan makan hanya habis ½ porsi, tidak nafsu makan karena perut terasa mual. Mual ada muntah tidak ada.

Objektif : pasien tampak lemas, tidak nafsu makan, dan hanya menghabiskan makan habis ½ porsi.

Analisa : masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi a – f

Implementasi

Selasa, 11 Februari 2020

Pukul 08.30 WIB memberikan obat pantoprazole 40 mg melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan tetesan infuse lancar. Pukul 10.00 WIB mengkaji asupan makan pasien dengan hasil pasien mengatakan

makannya hanya habis ½ porsi, tidak nafsu makan karena perut masih terasa mual. Pukul 10.45 WIB menganjurkan makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan akan mencobanya. Pukul 11.30 WIB memberikan obat oral inepesa 15 ml sebelum makan dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 11.40 WIB memberikan pasien diit lambunng dengan hasil pasien mengatakan akan memakannya. Pukul 11.45 WIB menganjurkan makan-makanan selagi hangat dengan hasil pasien mengatakan akan mencobanya. Pukul 14.00 WIB mengkaji adanya mual dan muntah dengan hasil pasien mengatakan mual ada, muntah tidak ada. Pukul 14.05 WIB menganjurkan makan-makanan selagi hangat dengan hasil pasien mengatakan akan mencobanya. Pukul 17.00 WIB memberikan obat oral inepesa 15 ml sebelum makan dengan hasil obat berhasil diberikan tidak dimuntahkan, obat diberikan oleh perawat ruangan. Pukul 19.00 WIB memberikan obat pantoprazole 40 mg melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan tetesan infus lancar, obat diberikan oleh perawat ruangan.

Evaluasi Keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif : Pasien mengatakan masih tidak nafsu makan, makan hanya habis ½ porsi. Mual ada muntah tidak ada.

Objektif : Pasien tampak lemas, dan tidak nafsu makan.

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi a - f

Implementasi

Rabu, 12 Februari 2020

Pukul 08.30 WIB memberikan obat pantoprazole 40 mg melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan tetesan infuse lancar. Pukul 09.30 WIB mengkaji asupan makan pasien dengan hasil pasien mengatakan belum nafsu makan, makannya hanya habis ½ porsi. Pukul 09.40 WIB menganjurkan makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien

mengatakan sudah mencobanya makan sedikit tapi sering. Pukul 11.30 WIB memberikan obat oral inepesa 15 ml sebelum makan dengan hasil obat berhasil diberikan, tidak dimuntahkan. Pukul 11.35 WIB menganjurkan makan-makanan selagi hangat dengan hasil pasien mengatakan akan mencobanya. Pukul 14.00 WIB mengkaji adanya mual dan muntah dengan hasil pasien mengatakan muntah tidak ada dan rasa mual sudah tidak ada. Pukul 14.10 WIB menimbang berat badan pasien dengan hasil berat badan 71 kg, dan tidak terjadi penurunan berat badan selama 3 hari. Pukul 17.00 WIB memberikan obat oral inepesa 15 ml sebelum makan dengan hasil obat berhasil diberikan tidak dimuntahkan, obat diberikan oleh perawat ruangan. Pukul 19.00 WIB memberikan obat pantoprazole 40 mg melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan tetesan infuse lancar, obat diberikan oleh perawat ruangan.

Evaluasi Keperawatan

Kamis, 13 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif : Pasien mengatakan masih tidak nafsu makan, makan hanya habis ½ porsi. Mual muntah tidak ada.

Objektif : Pasien tampak hanya menghabiskan ½ porsi dan belum nafsu makan. Berat badan 71 kg, tidak terjadi penurunan selama 3 hari.

Analisa : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi di ruangan.

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan :

DS : pasien mengatakan saat banyak bergerak nyeri ulu hati makin bertambah. Badan terasa lemas, dan saat ingin bangun dari tempat tidur dan kamar mandi, kadang harus dibantu karena kepala keleyengan. Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan.

DO : TD : 137/82 mmHg, RR : 21 x/mnt, pasien tampak lemas, wajah pasien tampak pucat, saat BAK pasien dibantu dengan menggunakan urinal di tempat tidur.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan pasien bertoleransi terhadap aktivitas

Kriteria Hasil : TD dan N dalam batas normal, TD (120/80 mmhg), N (60-100 x/mnt), berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan TD dan nadi, mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri

Rencana Tindakan

- a. Monitor TD dan RR sesudah aktivitas, catat respons terhadap tingkat aktivitas
- b. Kaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas, catat laporan kelelahan, keletihan, dan kesulitan menyelesaikan tugas
- c. Anjurkan pasien tentang penghematan energy dengan melakukan aktivitas secara bertahap
- d. Berikan motivasi untuk melakukan aktivitas bertahap atau perawatan diri bertahap jika dapat ditoleransi. Berikan bantuan sesuai kebutuhan

Implementasi

Senin, 10 Februari 2020

Pukul 10.30 WIB menganjurkan pasien tentang penghematan energy, menganjurkan pasien istirahat dengan hasil pasien kooperatif, pasien mengatakan akan istirahat, jika butuh bantuan akan pencet bel. Pukul 13. 30 WIB memonitor TD dan RR sesudah aktivitas, catat adanya dengan hasil TD : 133/85 mmhg, RR: 21 x/mnt. Pasien mengatakan baru saja dari kamar mandi dibantu istrinya, pasien mengeluh kepala masih keleyengan. Pukul 14.15 WIB mengkaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas dengan hasil pasien mengatakan mampu makan sendiri sambil duduk, tetapi jika kelamaan duduk tidak kuat

karena kepala keleyengan dan perut terasa nyeri, dan saat kekamar mandi masih dibantu istri.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif : Pasien mengatakan kepala masih keleyengan, jika kelamaan duduk tidak kuat karena kepala keleyengan dan perut terasa nyeri, dan saat kekamar mandi masih dibantu istri.

Objektif : TD : 133/85 mmhg, RR : 21 x/mnt. Pasien tampak lemas

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi a – d

Implementasi

Selasa, 11 Februari 2020

Pukul 13.30 WIB memonitor TD dan RR sesudah aktivitas, catat adanya dengan hasil TD : 133/85 mmhg, RR : 20 x/mnt. Pukul 14.00 WIB mengkaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas dengan hasil pasien mengatakan kepala masih keleyengan saat bangun dari tempat tidur, saat ke kamar mandi sudah mampu sendiri. Pukul 14.15 WIB memberikan motivasi untuk melakukan aktivitas bertahap dengan hasil menganjurkan pasien untuk tidak banyak jalan ke kamar mandi karena kepala masih keleyengan.

Evaluasi Keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 06.00

Subjektif : pasien mengatakan kepala masih keleyengan saat bangun dari tempat tidur, saat ke kamar mandi sudah mampu sendiri

Objektif : TD : 133/85 mmhg, RR: 20 x/mnt

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi a – d

Implementasi**Rabu, 12 Februari 2020**

Pukul 10.00 WIB mengkaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas dengan hasil pasien mengatakan pasien sudah mampu ke kamar mandi sendiri, mandi sendiri, BAK di kamar mandi. Pukul 13.30 WIB memonitor TD dan nadi sesudah aktivitas, catat adanya dengan hasil TD : 113/82 mmhg, RR : 21 x/mnt.

Evaluasi Keperawatan**Kamis, 13 Februari 2020 pukul 06.00**

Subjektif : pasien mengatakan sudah mampu ke kamar mandi sendiri, mandi sendiri, BAK di kamar mandi.

Objektif : TD : 113/82 mmhg, RR : 21 x/mnt

Analisa : masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning : Hentikan intervensi

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Brunner & Suddrath (2013), tanda gejala dari ulkus peptikum adalah konstipasi atau diare hal ini dapat terjadi akibat diet rendah serat. Pada kasus tidak ditemukan, hal ini dibuktikan karena pasien mendapatkan diet tinggi serat seperti bayam, wortel, dan brokoli. Diet tinggi serat membuat feses menjadi lembek, minum cukup ± 1500 cc/hari, dan pasien tidak mengalami gangguan peristaltik usus dengan frekuensi 12 x/mnt. Sehingga peristaltik usus akan lebih mudah untuk mendorong dan mengeluarkan feses, menyebabkan pola BAB pasien tidak berubah.

Menurut Brunner & Suddrath (2013), tanda gejala dari ulkus peptikum adalah konstipasi atau diare hal ini dapat terjadi akibat penggunaan medikasi obat-obatan laksatif dan antasida terlalu sering bisa menyebabkan diare atau konstipasi. Obat laksatif berfungsi untuk melancarkan BAB, pada kasus pasien tidak ada indikasi penggunaan obat laksatif karena pola BAB pasien normal 1x/hari. Pada kandungan antasida yang mengandung kalsium atau aluminium bisa menyebabkan konstipasi, dan kandungan magnesium bisa menyebabkan diare. Pada kasus tidak ditemukan, karena pasien tidak mendapatkan medikasi obat-obatan tersebut karena dalam program medis diberikan inpepsa golongan agen sitoprotektif (sucralfate), dan pantoprazole golongan Pompa Proton Inhibitor (PPI).

Menurut Suratun & Lusianah (2010), terdapat pengkajian eliminasi dengan gejala distensi, pada kasus tidak terjadi karena pola BAB pasien masih normal, pasien tidak memakan-makanan yang mengandung gas, dan dilakukan palpasi abdomen terasa lembek. Pada teori bising usus meningkat, pada kasus tidak terjadi dibuktikan dengan dilakukan auskultasi bising usus

normal dikarenakan pasien tidak ada gangguan pada peristaltik usus dan pasien tidak mengalami diare yang menyebabkan bising usus meningkat.

Menurut teori Suratun & Lusianah (2010), terdapat pengkajian aktivitas/istirahat dengan gejala : takikardi dan takipnea. Pada pengkajian sirkulasi pasien akan mengalami takikardia, disritmia, dan sianosis. Pada kasus tidak ditemukan, hal ini dibuktikan dengan RR : 21 x/mnt, nadi : 99x/mnt dan tidak tampak sianosis pada mukosa bibir dan kuku, hal ini dikarenakan pada saat pengkajian pasien sudah mendapatkan terapi O₂ nasal 2 LPM dan sudah mendapatkan transfusi darah PRC dimana sel darah merah berfungsi untuk meningkatkan hemoglobin. Dengan meningkatnya hemoglobin maka hemoglobin dapat mengikat oksigen. Sehingga oksigen dalam tubuh terpenuhi, dan sirkulasi ke seluruh tubuh menjadi adekuat.

Menurut teori Suratun & Lusianah (2010), terdapat pengkajian integritas ego dengan gejala : stress akut atau kronis, perasaan tidak berdaya, berkeringat, dan gemetar. Sedangkan pada kasus tidak terjadi, hal ini dibuktikan dengan pasien memiliki support system dari keluarga dan mekanisme coping yang bagus sehingga pasien tampak kooperatif ketika diajak berbicara oleh perawat, dapat pasien tidak tampak berkeringat dan gemetar.

Menurut teori Suratun & Lusianah (2010), terdapat pengkajian makanan atau cairan dengan gejala muntah (warna kopi gelap atau merah). Pada kasus tidak terjadi, hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak ada keluhan muntah. Hal ini dikarenakan asupan nutrisi pasien yang tidak adekuat, pasien makan hanya ¼ porsi setiap kali makan. Pada kasus pasien juga tidak mengalami perdarahan dalam lambung yang menyebabkan muntah berwarna merah atau kopi gelap.

Menurut teori Suratun & Lusianah (2010), pada pemeriksaan diagnostik ulkus peptikum adalah tes H. Pylori, dan foto rontgen dengan barium enema. Pada kasus tidak ditemukan, karena dalam pemeriksaan H. Pylori

menggunakan darah dan feses kurang akurat, sedangkan pemeriksaan menggunakan nafas lebih rumit dan memerlukan waktu pemeriksaan yang panjang. Sedangkan pada pemeriksaan foto rontgen dengan barium enema memiliki resiko karena akan menelan cairan kental yang disebut barium. Pada kasus dilakukan pemeriksaan Gastroskopi dengan hasil Ulcus Gaster Gastritis Erosif, hal ini sudah cukup dan hasilnya sudah menunjukkan penyakitnya dengan adanya perforasi pada mukosa lambung. Hal ini dibuktikan karena terdapat lampiran hasil pemeriksaan gastroskopi.

Faktor pendukung dalam pengkajian adalah pasien yang sangat kooperatif, dimana pasien selalu menjawab pertanyaan, dan menceritakan keadaannya sehingga perawat mendapatkan data dan informasi dengan lengkap. Pendokumentasian di ruangan perawatan cukup lengkap dan cukup tertata rapih sehingga memudahkan penulis untuk mengumpulkan dan melengkapi data, serta perawat ruangan yang membantu dalam proses pengumpulan data sehingga penulis mendapatkan data.

Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu penulis kesulitan membaca beberapa tulisan dokter dan perawat ruangan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori (Suratun & Lusianah, 2010), tetapi tidak terdapat pada kasus, yaitu :

1. Ansietas berhubungan dengan kondisi penyakit kronis. Pada kasus tidak terdapat diagnosa tersebut, karena pasien mengatakan ada rasa cemas tetapi selalu mendapatkan support system dari keluarga yang membuatnya semangat sehingga cemas pasien dapat teratasi.

Diagnosa keperawatan yang tidak ada pada teori (Suratun & Lusianah, 2010), tetapi terdapat pada kasus. Penulis mengangkat diagnosa tersebut dikarenakan sesuai dengan keadaan kondisi pasien, yaitu :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Penulis mengangkat diagnosa ini dikarenakan data menunjukkan sirkulasi aliran oksigen tidak adekuat akibat melena. Hal ini dibuktikan pada data hasil lab Hb 5,2* g/dL nilai rujukan (13,5 - 18,0), CRT >3 detik, konjungtiva anemis, akral dingin, warna kulit dan bibir pucat. Ditandai dengan pasien mengeluh pusing, kepala keleyengan dan badan terasa lemas.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Penulis mengangkat diagnosa ini dikarenakan data menunjukkan Hb pasien Hb 5,2* g/dL mengindikasikan oksigen dalam tubuh tidak adekuat yang menyebabkan pasien lemas sulit beraktifitas. . Hal ini dibuktikan pada data pasien tampak lemas, wajah pucat, dan tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar sendiri saat BAK pasien memerlukan bantuan menggunakan urinal. Ditandai dengan pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan, badan terasa lemas, dan kepala keleyengan saat bangun dari tempat tidur.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. sebagai prioritas utama pada kasus. Hal ini dikarenakan penulis mengacu pada Hirarki Maslow yaitu kebutuhan fisiologis : oksigen berdasarkan hasil data penunjang.

Pada tujuan intervensi terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, dimana pada teori tidak terdapat batasan waktu sedangkan pada kasus diberi batasan waktu selama 3 x 24 jam.

Rencana tindakan yang terdapat dalam teori tetapi tidak direncanakan pada kasus atau sebaliknya yaitu:

1. Gangguan rasa nyaman : nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi
 - a. Monitor TD dan nadi setiap 8 jam, tindakan ini tidak terdapat pada teori tetapi penulis merencanakan tindakan ini untuk mengetahui nyeri yang berpengaruh pada peningkatan tekanan darah dan peningkatan denyut nadi.
 - b. Berikan makan sedikit tapi sering sesuai indikasi, tindakan ini terdapat pada teori tetapi tidak direncanakan karena penulis merencanakan pada diagnosa ketiga nutrisi.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan
 - a. Puasakan pasien selama fase akut, tindakan ini terdapat pada teori tetapi tidak direncanakan karena pada kasus tidak ada indikasi untuk memuaskan pasien, pasien akan dipuaskan jika pasien mengalami muntah terus menerus setelah makan. Tetapi, pada kasus pasien tidak mengalami keluhan muntah setelah makan.
 - b. Kolaborasi pemberian terapi nutrisi parenteral, tindakan ini terdapat pada teori tetapi tidak direncanakan karena pasien masih mampu untuk makan melalui oral.
 - c. Kolaborasi pemberian multivitamin dan antacid sesuai program medis, tindakan ini terdapat pada teori tetapi tidak direncanakan karena tidak ada instruksi untuk pemberian multivitamin dan anasida. Karena dalam program medis untuk obat lambung sudah diberikan inpepsa golongan agen sitoprotektif (sucralfate), dan pantoprazole golongan PPI (Pompa Proton Inhibitor).
 - d. Kaji adanya mual muntah, tindakan ini tidak terdapat pada teori tetapi penulis merencanakan tindakan ini untuk mengetahui adanya mual dan muntah pada pasien, karena pasien mengatakan keluhan mual setiap kali makan.

- e. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering, tindakan ini tidak terdapat pada teori tetapi penulis merencanakan tindakan ini untuk menghindari muntah setelah makan, karena pasien mengeluh tidak nafsu makan dan mual saat makan. Serta menghindari kerja lambung yang berlebihan dan merangsang produksi asam lambung untuk mencerna makanan.
- f. Anjurkan pasien makan makanan selagi hangat, tindakan ini tidak terdapat pada teori tetapi penulis merencanakan tindakan ini untuk merangsang nafsu makan saat mual.

Faktor pendukung dalam melakukan penyusunan perencanaan yaitu adanya referensi sebagai panduan dalam penyusunan sehingga penulis dapat menggunakan media tersebut untuk menyusun rencana keperawatan.

Dalam penyusunan intervensi keperawatan pada kasus ini, penulis tidak menemukan hambatan karena sudah tersedianya berbagai referensi sebagai panduan sehingga mudah dalam penyusunannya.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan dapat dilakukan seluruhnya sesuai dengan rencana tindakan yang telah direncanakan dalam kasus. Dilaksanakan selama 3x24 jam yaitu pada tanggal 10 Februari 2020 sampai 12 Februari 2020. Pelaksanaan tindakan dapat berjalan dengan baik, dikarenakan sikap kooperatif pasien dan bantuan dari perawat ruangan.

Pada teori dalam pemberian obat dilakukan dengan cara 6 benar, salah satunya adalah benar dosis. Tetapi pada kasus, memberikan obat oral kapsul nyeri 2 x 1 kapsul campur dan memberikan obat ferofort 1 x 1 tablet campur sesuai program medis. Pada kasus obat diberikan sesuai dengan bentuk obat karena obat tersebut merupakan campuran dari berbagai macam obat.

Faktor pendukung dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu perawat ruangan yang mengizinkan penulis untuk melakukan tindakan keperawatan kepada pasien agar rencana keperawatan dapat berjalan dengan baik dan perawat ruangan yang sudah membantu melanjutkan intervensi keperawatan. Serta pasien yang sangat kooperatif untuk dilakukan pelaksanaan tindakan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dibuat dan dilakukan setiap hari dengan tujuan yang telah dibuat berpacu pada tujuan dan kriteria hasil yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan.

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah teratasi tujuan tercapai, ditandai dengan pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemas, pusing tidak ada, kepala keleyengan sedikit. CRT <3 detik, warna bibir dan kulit kemerahan, konjungtiva anemis, akral teraba hangat, Hb 9,4* dan Ht 33* terjadi peningkatan.
2. Gangguan rasa nyaman : nyeri akut berhubungan proses inflamasi. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah teratasi sebagian, ditandai dengan pasien mengatakan masih terasa nyeri tapi tidak seperti kemarin, nyeri dengan skala 3 seperti melilit pada bagian region epigastric, nyeri timbul ketika ditekan saja. Pasien tampak rileks dan tenang. Hal ini tujuan belum tercapai dikarenakan skala nyeri pasien masih 3 akibat terjadinya perforasi pada gaster yang memerlukan perawatan dengan waktu lebih lama.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah teratasi sebagian, ditandai dengan pasien mengatakan mual muntah sudah tidak ada, masih tidak nafsu makan, makan hanya habis ½ porsi. Pasien tampak hanya menghabiskan ½ porsi dan belum nafsu makan. Berat badan 71 kg, tidak terjadi penurunan selama 3 hari. Tujuan belum tercapai dikarenakan pasien masih tidak nafsu makan dan hanya mampu menghabiskan ½

porsi, hal ini dikarenakan kondisi gaster masih iritasi, sehingga saat makan terjadi rangsangan sekresi HCL yang menyebabkan nyeri sehingga pasien belum nafsu makan.

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah teratasi, ditandai dengan pasien mengatakan pasien mampu ke kamar mandi sendiri, mandi sendiri, BAK di kamar mandi. TD : 120/84 mmhg, RR : 21 x/mnt. Hentikan intervensi.

Faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan pada pasien diagnosa gangguan rasa nyaman : nyeri akut berhubungan proses inflamasi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan adalah dalam 3 x 24 jam masalah hanya teratasi sebagian, dan tujuan belum tercapai dikarenakan keterbatasan waktu penulis melakukan perawatan kepada pasien. Untuk planning selanjutnya semua intervensi dilanjutkan diruang perawatan oleh perawat ruangan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan, tidak semua tanda dan gejala pada teori terdapat pada kasus. Pada kasus penyebab ulkus peptikum adalah gaya hidup yang tidak teratur dengan riwayat penyakit maag akut. Pada data yang didapatkan saat pengkajian adalah pasien mengatakan badan terasa lemas, pusing, kepala keleyengan saat bangun dari tempat tidur dan saat ingin ke kamar mandi dengan hasil lab Hb : 5,2* dan Ht : 15*. Pada data pasien sudah mengalami komplikasi melena sehingga menyebabkan sirkulasi tidak adekuat.

Diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada kasus dan diurutkan berdasarkan prioritas masalah ada empat diagnosa keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, gangguan rasa nyaman : nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi, defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Dalam teori diagnosa keperawatan tersebut yang terdapat pada kasus hanya terdapat dua diagnosa

Perencanaan keperawatan dengan prioritas masalah yang dirumuskan pada pasien adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang didukung oleh hasil lab Hb : 5,2* (13,5 – 18,0), Ht : 15* (42 – 52) dan pasien mengatakan badan terasa lemas, kepala pusing, kepala keleyengan.

Tujuan dan kriteria hasil ditetapkan selama 3x24 jam. Perencanaan tindakan prioritas untuk pasien dengan ulkus peptikum adalah monitor pengisian capillary refill, monitor warna kulit, warna bibir, konjungtiva, dan akral, pantau hasil lab Hb dan Ht setiap hari, berikan transfusi darah PRC dan oksigen tambahan O₂ Nasal sesuai program medis, monitor TD dan RR setiap 8 jam, kaji karakteristik nyeri (PQRST), identifikasi respon nyeri non verbal : ekspresi nyeri, kaji asupan makan pasien, kaji adanya mual dan muntah, monitor TD dan nadi sesudah aktivitas, catat respons terhadap tingkat aktivitas, anjurkan pasien tentang penghematan energy dengan melakukan aktivitas secara bertahap.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan memonitor pengisian capillary refill, warna kulit, warna bibir, konjungtiva, akral setiap 8 jam, memantau hasil lab Hb dan Ht setiap hari, memberikan transfusi darah PRC dan oksigen tambahan O₂ Nasal sesuai program medis, memonitor TD dan nadi setiap 8 jam, mengkaji karakteristik nyeri (PQRST), mengidentifikasi respon nyeri non verbal : ekspresi nyeri, mengkaji asupan makan pasien, mengkaji adanya mual dan muntah, memonitor TD dan RR sesudah aktivitas, catat respons terhadap tingkat aktivitas, menganjurkan pasien tentang penghematan energy dengan melakukan aktivitas secara bertahap. Tindakan dapat dilakukan seluruhnya baik secara mandiri maupun bersama tim keperawatan, yang pada shift selanjutnya di lakukan oleh perawat ruangan.

Evaluasi keperawatan dilakukan diakhir proses pelaksanaan. Evaluasi tersebut didapatkan dari perbandingan antara kriteria hasil dengan respon pasien yang didapatkan dari hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi pada diagnosa keperawatan prioritas perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, diharapkan perfusi jaringan perifer kembali efektif. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah teratasi tujuan tercapai, ditandai dengan pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemas, pusing tidak ada, CRT <3 detik, warna

bibir dan kulit kemerahan, konjungtiva anemis, akral teraba hangat, Hb 9,4* dan Ht 33* terjadi peningkatan.

Evaluasi pada diagnosa kedua gangguan rasa nyaman : nyeri akut berhubungan proses inflamasi, diharapkan nyeri dapat teratasi. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai, ditandai dengan pasien mengatakan masih terasa nyeri tapi tidak seperti kemarin, nyeri dengan skala 3, nyeri timbul ketika ditekan saja.

Evaluasi pada diagnosa ketiga defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, diharapkan kebutuhan nutrisi adekuat. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai, ditandai dengan pasien mengatakan mual muntah sudah tidak ada, masih tidak nafsu makan, makan hanya habis ½ porsi. Berat badan 71 kg, tidak terjadi penurunan selama 3 hari.

Evaluasi pada diagnosa keempat intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, diharapkan pasien bertoleransi terhadap aktivitas. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah teratasi tujuan tercapai, ditandai dengan pasien mengatakan sudah mampu ke kamar mandi sendiri, mandi sendiri, BAK di kamar mandi. TD : 120/84 mmhg, RR : 21 x/mnt.

B. Saran

Saran yang diberikan adalah :

1. Bagi petugas kesehatan

Diharapkan untuk petugas medis kesehatan memperhatikan pendokumentasian hasil tindakan dengan tulisan yang jelas agar mudah dibaca dan dipahami oleh tenaga kesehatan lain agar tidak terjadi kesalahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner, & Suddrath. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Dermawan, D., & Tutik, R. (2010). *Keperawatan Medikal Bedah (Sistem Pencernaan)*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Diyono, & Sri, M. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan (Dilengkapi Contoh Studi Kasus dengan Aplikasi NNN (Nanda Nic Noc)) Edisi 1*. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.
- Hurst, M. (2015). *Belajar Mudah Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Irramah, M., Julizar, & Lili, I. (2017). Pengaruh Uncaria Gambir Roxb Terhadap Ulkus Gaster dan Kadar Malondialdehid Hewan Coba yang Diinduksi Etanol. *Majalah Kedokteran Andalas 40 (1)* , 1 - 10.
- Kodim, Y. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: 2015.
- Lemona, P., Karen, M. B., & Gerene, B. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Mediansyah, A., & Soraya, R. (2017). Hubungan Ibu Profen terhadap Ulkus Gaster. *Majority 6 (1)* , 6 - 10.
- Muttaqin, A., & Kumala, S. (2011). *Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurani, N. A. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: Trans Info Media.
- Suratun, & Lusianah. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: Trans Info Media.