

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ULKUS PEPTIKUM YANG DI  
RAWAT DIRUMAH SAKIT**



**OLEH :**

**YULPIANTI ANNISA**  
**NIM. P07220116120**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN JURUSAN  
KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN SAMARINDA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ULKUS PEPTIKUM YANG DI  
RAWAT DIRUMAH SAKIT**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) Pada  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH :

**YULPIANTI ANNISA**  
**NIM. P07220116120**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN JURUSAN  
KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN SAMARINDA**

**2020**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan, 13 Mei 2020

Yang menyatakan

Yulpianti Annisa  
NIM. P07220116120

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI**  
**UNTUK DIUJIKAN**  
TANGGAL 15 MEI 2020

Oleh

Pembimbing

**Ns.Asnah, S.Kep, M.Pd**  
**NIDN.4008047301**

Pembimbing Pendamping

**Ns. Grace C.Sipasulta, M.Kep.Sp.Kep.Mat**  
**NIDN. 4013106302**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Samarinda

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

**Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep**  
**NIP. 196803291994022001**

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Ulkus Peptikum Di  
RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan  
Telah Diuji  
Pada Tanggal 15 Mei 2020

### PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji

Rus Andraini, A.Kp.MPH : .....  
NIDN. 4006027101

Penguji Anggota :

1. Ns. Asnah, S.Kep, M.Pd : .....  
NIDN. 4008047301

2. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat : .....  
NIDN. 4013106302

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes  
NIP. 196803291994022001

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep  
NIP. 196508251985032001

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

1. Nama Lengkap : Yulpianti Annisa
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan, 14 Juli 1998
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Pelajar/Mahasiswa
6. Alamat : Jl. MT. Haryono RT 42 NO 07  
Kelurahan Graha Indah Kecamatan  
Balikpapan Utara
7. Nama Ayah : Moh Yusuf
8. Nama Ibu : Halijah
9. Email : [yulpianti98@gmail.com](mailto:yulpianti98@gmail.com)

### B. Riwayat Pendidikan

1. TK Al - Hidayah tahun 2004 – 2005
2. SDN 005 Balikpapan Tengah tahun 2006 – 2011
3. SMPN 22 Balikpapan Tengah tahun 2012 - 2014
4. SMK Kesehatan Airlangga Balikpapan tahun 2014 – 2016
5. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2017  
sampai sekarang

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat, dan taufik-Nya, serta nikmat sehat sehingga penyusunan karya tulis ilmiah memenuhi tugas akhir ini dapat selesai sesuai dengan yang diharapkan. Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada baginda Nabi Muhammad SAW dan semoga kita selalu berpegang teguh pada sunnahnya. Penyusunan karya tulis ilmiah ini tentunya hambatan selalu mengiringi namun atas bantuan, dorongan dan bimbingan dari orang tua, dosen pembimbing dan teman-teman yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu, tidak lupa saya mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. H. Supriyadi B, S.Kp.,M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep selaku Ketua Prodi D-III Keperaw Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp. Kep. Mat, selaku penanggung jawab dan pembimbing II prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Ju Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
5. Ns. Asnah, S. Kep, M.Pd selaku Dosen Pembimbing I dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.

6. Dosen-dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
7. Bapak Yusuf dan ibu Halijah yang telah mendidik, membesarkan, dan memotivasi penulis hingga sampai ketahap ini.
8. Heri Armansyah dan Yahya yang selalu mendukung penulis dan selalu memberikan semangat.
9. Rekan-rekan seperjuangan angkatan 2016 dan 2017 Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Program Studi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan.

Penulis menyadari bahwa proposal ini masih jauh dari kata sempurna dan mungkin masih terdapat banyak kesalahan, baik dari segi materi maupun teknik penulisan dan penyusunan, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Proposal ini. Akhirnya hanya kepada Allah SWT kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah dihadapan Allah SWT.

Balikpapan, Februari 2020

Yulpianti Annisa



## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN ULKUS PEPTIKUM

Ulkus peptikum terputusnya kontinuitas mukosa di bawah epitel atau kerusakan jaringan mukosa, sub mukosa hingga lapisan otot saluran cerna yang langsung berhubungan dengan cairan lambung asam-pepsin. Tanpa produksi mukus, integritas dinding usus akan terganggu menyebabkan ulkus peptikum. Tujuan penelitian ini untuk memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien ulkus peptikum.

Penelitian ini menggunakan metode case review dengan pendekatan asuhan keperawatan pada kasus ulkus peptikum. Instrument pengambilan data menggunakan format asuhan keperawatan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Penelitian ini menggunakan metode case review dengan kasus yang pernah diambil dikelola saat praktek mahasiswa sebelumnya sesuai judul KTI ulkus peptikum yang dapat terkena di gaster dan duodenum di rsud kaujoso . Instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Pada Klien Ulkus Peptikum melalui hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Hasil analisa data pengkajian kedua kasus klien dewasa klien 1 dan klien 2 terdapat masalah keperawatan yang sama, yaitu nyeri akut. Pada klien 1 dan 2 penegakkan diagnosa menurut SDKI ada 6 masalah tetapi kedua klien ulkus peptikum tidak menggunakan SDKI. Klien 1 terdapat 2 masalah yang sesuai SDKI. Sedangkan klien 2 terdapat 4 masalah yang sesuai SDKI. Rencana keperawatan menggunakan SIKI SLKI tetapi kedua klien menggunakan NIC NOC. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada kedua klien sesuai dengan perencanaan menggunakan NIC NOC. Evaluasi pada klien 1 semua masalah teratasi dan klien 2 semua masalah tidak teratasi.

Dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan terdapat perbedaan pemberian asuhan keperawatan pada klien ulkus peptikum, tergantung pada beberapa faktor baik internal maupun eksternal. Bagi perawat diharapkan dapat melakukan tindakan secara komprehensif dan meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan khususnya pada klien ulkus peptikum.

**Kata kunci :** *ulkus peptikum, asuhan keperawatan*

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	xi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xii
<b>BAB 1</b> .....	1
<b>PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>A. Latar Belakang Masalah</b> .....	1
<b>B. Rumusan Masalah</b> .....	5
<b>C. Tujuan Penelitian</b> .....	5
1. Tujuan Umum .....	5
2. Tujuan Khusus .....	5
<b>D. Manfaat Penelitian</b> .....	6
1. Bagi Peneliti .....	6
2. Bagi Tempat Penelitian.....	6
3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	6
<b>BAB II</b> .....	7
<b>TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	7
<b>A. Konsep Dasar Ulkus Peptikum</b> .....	7
1. <b>Pengertian Ulkus Peptikum</b> .....	7
2. <b>Etiologi</b> .....	7
3. <b>Manifestasi Klinis</b> .....	9
4. <b>Patofisiologi</b> .....	14
5. <b>Pemeriksaan Penunjang</b> .....	14

6. Penataksanaan Ulkus Peptikum.....	Error! Bookmark not defined.15
7. Komplikasi.....	15
8. Pengobatan.....	16
<b>B. Konsep Masalah Keperawatan .....</b>	<b>17</b>
1. Pengkajian .....	17
2. Diagnosa Keperawatan.....	23
3. Intervensi Keperawatan .....	30
4. Implementasi Keperawatan.....	37
5. Evaluasi Keperawatan.....	38
<b>BAB III.....</b>	<b>40</b>
<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>40</b>
A. Desain Penelitian .....	40
B. Subyek Penelitian.....	40
C. Batasan istilah (definisi operasional) .....	41
D. Lokasi dan waktu penelitian .....	41
E. Prosedur penelitian.....	42
F. Metode dan instrumen Pengumpulan data .....	42
G. Keabsahan data .....	43
H. Analisa data .....	44
<b>BAB IV .....</b>	<b>45</b>
<b>HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>45</b>
A. Hasil .....	45
B. Pembahasan.....	66
<b>BAB V.....</b>	<b>90</b>
<b>KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>92</b>
A. KesimpSulan.....	92
B. Saran.....	94
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>94</b>

## DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Pathway Ulkus Peptikum .....	13

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1	Format Pengkajian Ulkus Peptikum
Lampiran 2	Lembar Konsultasi

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Kesehatan merupakan bagian dari kebutuhan manusia yang sangat mendasar oleh karena itu setiap individu berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bagi dirinya secara maksimal (Depkes RI, 2012). Salah satu tanda tubuh yang sehat adalah memiliki pencernaan yang sehat. Hal ini di karenakan apa yang kita konsumsi setiap hari menjadi penentu kesehatan tubuh. Ketika makanan yang dikonsumsi kurang bernutrisi, maka yang paling awal terkena dampaknya ialah sistem pencernaan (Sulaeman, 2018).

Sistem pencernaan terdiri atas sejumlah organ berawal di rongga mulut kemudian berlanjut ke esophagus dan lambung, usus halus, usus besar, dan berakhir di rektum (anus). Makanan disimpan sementara di lambung sampai disalurkan ke usus halus. Pencernaan dan penyerapan makanan berlangsung di usus halus, makanan kemudian masuk ke usus besar. Mukus di sekresikan di sepanjang usus. Tanpa produksi mukus, integritas dinding usus akan terganggu sehingga akan menyebabkan ulkus peptikum (Corwin, 2009).

Ulkus peptikum adalah keadaan terputusnya kontinuitas mukosa yang meluas di bawah epitel atau kerusakan pada jaringan mukosa, sub mukosa hingga lapisan otot dari suatu daerah saluran cerna yang langsung berhubungan dengan cairan lambung asam-pepsin (Sanusi, 2011).

Penyakit ini terjadi dengan frekuensi paling besar pada individu antara usia 40 dan 60 tahun. Tetapi, relative jarang pada wanita menyusui, meskipun telah di observasi pada anak-anak dan bahkan pada bayi. Pria terkenal lebih sering dari pada wanita, karna dari faktor gaya hidup pria seperti kebiasaan minum-minuman yang mengandung kafein, merokok dan stress tapi terdapat beberapa bukti bahwa insiden pada wanita hampir sama dengan pria. Setelah menopause, insiden ulkus peptikum pada wanita hampir sama dengan pria. Diperkirakan bahwa 5% sampai 15% dari populasi di Amerika Serikat mengalami ulkus, tetapi hanya kira-kira setengahnya yang diketahui. Insiden ini telah menurun sebanyak 50% selama 20 tahun terakhir (Smeltzer, 2013).

Ulkus peptikum tersebar di seluruh dunia dengan prevalensi berbeda tergantung pada sosial, ekonomi, dan demografi. Di Inggris sekitar 6-20% penduduk menderita ulkus terutama pada usia 55 tahun, sementara di Amerika Serikat terdapat 4 juta pasien gangguan asam-pepsin dengan angka kematian 15.000 jiwa pertahun dan menghabiskan dana 10 milyar setiap tahun (Tarigan, 2009). Sekitar 500.000 warga Amerika Serikat setiap tahun menderita penyakit ini, dan sebanyak 70% terjadi antara usia 25-64 tahun (Ramakrishnan, 2007).

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (BPPK) Depkes (2008) menyatakan bahwa pada tahun 2005-2008, ulkus peptikum di Indonesia menempati urutan ke-10 dalam kategori penyebab kematian pada kelompok umur 45-54 tahun pada laki-laki (2,7%). Prevalensi ulkus peptikum di Indonesia sebanyak 14% (Akil, 2009).

Penyebab utama penurunan produksi mukus berhubungan dengan infeksi bakterium *helicobacter pylori* membuat kolon pada sel-sel penghasil mukus di lambung dan duodenum, sehingga menurunkan kemampuan sel memproduksi mukus. Dengan ditemukan kuman *helicobacter pylori* pada kelainan saluran cerna, saat ini dianggap *helicobacter pylori* merupakan penyebab utama tukak peptik, non steroid dan alkohol. Organisme ini melekat pada epitel lambung dan merusak lapisan mukosa pelindung dan meninggalkan daerah-daerah epitel yang rusak (Corwin, 2009).

Dampak dari ulkus peptikum dapat terjadi perdarahan jika ulkus menyebabkan erosi arteri atau vena di usus. Hal ini dapat menyebabkan hematemesis (muntah darah), atau melena (keluarnya darah dari saluran gastrointestinal atas melalui feses). Apabila perdarahannya hebat dan mendadak, dapat timbul gejala syok. Apabila perdarahannya lambat, dapat terjadi anemia (Corwin, 2009).

Beberapa gejala dari ulkus peptikum seperti nyeri pada abdomen yang biasanya terletak di area tengah epigastrium, dapat menyebar ke punggung atau bahu. Nyeri yang terjadi ketika lambung kosong, yang terjadi segera atau setelah makan. Nyeri sering terjadi setiap hari selama beberapa minggu kemudian menghilang sampai periode perburukan selanjutnya (Corwin, 2009).

Penanganan pada ulkus peptikum biasanya dengan menghindari makanan yang dapat menyebabkan sekresi asam hidroklorida berlebih, menghindari minum-minuman alkohol dan kafein dapat meredakan gejala serta



meningkatkan proses penyembuhan ulkus yang sudah ada. Penderita ulkus akibat *helicobacter pylori* dapat ditangani dengan penambahan antibiotik. Penatalaksanaan stress, teknik relaksasi, atau sedative dapat di gunakan untuk mengatasi pengaruh psikologis (Corwin, 2009).

Meskipun angka kejadian kecil namun penyakit tukak peptik perlu mendapat perhatian serius karna bila tidak di tangani dengan benar dapat menyebabkan kekambuhan, komplikasi pendarahan pada saluran cerna, kanker bahkan dapat menyebabkan kematian. Di harapkan dengan adanya evaluasi pengobatan tukak peptik dapat menjadi pertimbangan penting bagi kesehatan untuk memberikan pengobatan kepada pasien sehingga tercapai keberhasilan terapi yang optimal (Putri, 2010). Hal ini menjadi sangat penting mengingat tingginya angka kekambuhan paska pengobatan ulkus peptikum dengan memberikan edukasi yang tepat adalah mengenai perubahan gaya hidup yang mampu mengurangi faktor resiko ulkus peptikum di kemudian hari. Sebagai contoh perawat dapat melakukan tindakan teknik relaksasi atau sedative dapat di gunakan untuk mengatasi pengaruh psikologis.

Peran perawat sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan pasien. dengan ulkus peptikum secara komprehensif dan profesional Asuhan keperawatan yang di berikan pada pasien dengan ulkus peptikum bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan yang di alami klien melalui lima tahapan asuhan keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan (Smeltzer, 2013). Dibutuhkan peran perawat dalam proses

penyembuhan dengan perawatan yang tepat seperti mengajarkan teknik manajemen nyeri, mengatur posisi, memberikan edukasi tentang pengobatan ulkus peptikum, menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, dan makan secara perlahan.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang asuhan keperawatan pada klien dengan ulkus peptikum di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2020 secara komprehensif guna memperoleh gambaran secara nyata.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang masalah diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ulkus Peptikum?

## **C. Tujuan Penelitian**

Tujuan dalam penelitian ini adalah

### **1. Tujuan Umum**

Adapun tujuan umum dari penulisan ini adalah untuk memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ulkus Peptikum melalui pendekatan proses keperawatan.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada klien Ulkus Peptikum
- b. Mengidentifikasi diagnosis keperawatan Pada klien Ulkus Peptikum
- c. Menyusun perencanaan keperawatan Pada klien dengan Literatur Review Ulkus Peptikum

- d. Melaksanakan intervensi keperawatan Pada klien Ulkus Peptikum
- e. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien Ulkus Peptikum

#### **D. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan memberikan manfaat bagi :

##### 1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Asuhan Keperawatan Pada Klien Ulkus Peptikum

##### 2. Bagi Tempat Penelitian

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Ulkus Peptikum

##### 3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dibidang keperawatan dalam Asuhan Keperawatan Pada Klien Ulkus Peptikum dan sebagai literatur dalam pembuatan Proposal.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Ulkus Peptikum**

##### **1. Definisi Ulkus Peptikum**

Ulkus peptikum adalah keadaan terputusnya kontinuitas mukosa yang meluas di bawah epitel atau kerusakan pada jaringan mukosa, sub mukosa hingga lapisan otot dari suatu daerah saluran cerna yang langsung berhubungan dengan cairan lambung asam/pepsin (Sanusi, 2011).

Ulkus peptikum merupakan erosi lapisan mukosa dibagian mana saja disaluran gastrointestinal, tetapi biasanya di lambung atau duodenum (Corwin, 2009).

Ulkus peptikum merupakan putusnya kontinuitas mukosa lambung yang meluas sampai di bawah epitel. Kerusakan mukosa yang tidak meluas sampai ke bawah epitel disebut sebagai erosi, walaupun sering dianggap sebagai "ulkus" (misalnya ulkus karena stress). Menurut definisi, ulkus peptikum dapat terletak pada setiap bagian saluran cerna yang terkena getah asam lambung, yaitu esofagus, lambung, duodenum, dan setelah gastroenterostomi, juga jejunum. (Sylvia A. Price, 2006).

##### **2. Etiologi**

Penyebab umum dari ulserasi peptikum adalah ketidakseimbangan antara sekresi cairan lambung dan derajat perlindungan yang diberikan mukosa gastroduodenal dan netralisasi asam lambung oleh cairan

duodenum. (Arif Mutaqqin,2011). Ada dua penyebab utama ulkus (tukak):

a. Penurunan produksi mukus sebagai penyebab ulkus.

Kebanyakan ulkus terjadi jika sel-sel mukosa usus tidak menghasilkan produksi mukus yang adekuat sebagai perlindungan terhadap asam lambung. Penyebab penurunan produksi mukus dapat termasuk segala hal yang menurunkan aliran darah ke usus, menyebabkan hipoksia lapisan mukosa dan cedera atau kematian sel-sel penghasil mukus.

Penyebab utama penurunan produksi mukus berhubungan dengan infeksi bacterium *H. pylori* membuat kolon pada sel-sel penghasil mukus di lambung dan duodenum, sehingga menurunkan kemampuan sel memproduksi mukus.

b. Kelebihan asam sebagai penyebab ulkus.

Pembentukan asam di lambung penting untuk mengaktifkan enzim pencernaan lambung. Asam hidroklorida (HCl) dihasilkan oleh sel-sel parietal sebagai respons terhadap makanan tertentu, obat, hormon. Makanan dan obat seperti kafein dan alkohol menstimulasi sel-sel parietal untuk menghasilkan asam.

Sebagai individu memperlihatkan reaksi berlebihan pada sel-sel parietalnya terhadap makanan atau zat tersebut atau mungkin mereka memiliki jumlah sel parietal yang lebih banyak dari normal sehingga menghasilkan lebih banyak asam. Aspirin bersifat asam yang dapat langsung mengiritasi atau mengerosi lapisan lambung (Corwin, 2009).

### 3. Manifestasi Klinis (Supriadi-Medicallisty, 2013)

- a. Langsung dari ulkus lambung atau dari kerusakan esofagus dari muntah yang parah, maag dapat menyebabkan perforasi lambung atau duodenum, yang menyebabkan peritonitis akut. Hal ini sangat menyakitkan hematemesis (muntah darah), hal ini dapat terjadi karena pendarahan dan membutuhkan operasi segera. Melena (tinggal, tinja berbau busuk karena teroksidasi besi dari hemoglobin).
- b. Pada sebagian besar kasus, gejalanya amat ringan bahkan asimtomatis. Keluhan-keluhan itu misalnya nyeri timbul pada ulu hati. Biasanya ringan dan tidak dapat ditunjuk dengan tepat lokasinya.
- c. Kadang-kadang disertai dengan mual-mual dan muntah.
- d. Pada kasus yang amat ringan perdarahan bermanifestasi sebagai darah samar pada tinja dan secara fisik akan dijumpai tanda-tanda anemia defisiensi dengan etiologi yang tidak jelas.
- e. Pada pemeriksaan fisik biasanya tidak ditemukan kelainan kecuali mereka yang mengalami perdarahan yang hebat sehingga menimbulkan tanda dan gejala gangguan hemodinamik yang nyata seperti hipotensi, pucat, keringat dingin, takikardia sampai gangguan kesadaran.
- f. Perut nyeri, epigastrium klasik dengan keparahan yang berkaitan dengan makan, setelah sekitar 3 jam untuk mengambil makan (ulkus duodenum klasik oleh makanan, sedangkan ulkus lambung diperburuk oleh itu).

- g. Perut kembung dan kepenuhan.
- h. *Waterbrash* (terburu-buru air liur setelah episode regurgitasi untuk mengencerkan asam dalam esofagus).
- i. Kehilangan nafsu makan dan penurunan berat badan.
- j. Gejala tukak duodenum sering kali disamakan dengan gejala tukak lambung. Untuk membedakannya, maka perlu untuk mengetahui kapan dan dimana gejala tersebut muncul.
- k. Gejala tukak duodenum cenderung mengikuti pola. Nyeri biasanya hilang pada saat bangun tidur dan muncul kembali pada pertengahan pagi hari. Minum susu atau makan atau mengonsumsi obat antasida akan meredakan rasa sakit, tetapi biasanya akan timbul kembali 2 sampai 3 jam kemudian. Rasa sakit yang menyebabkan orang terbangun pada malam hari adalah kondisi yang umum dialami. Seringkali rasa sakit dirasakan satu kali atau lebih dalam satu hari, dalam periode satu sampai beberapa minggu, dan dapat menghilang tanpa perawatan.

#### 4. Patofisiologi

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 peptin, atau berkenaan dengan penurunan pertahanan normal dari mukosa. Mukosa yang rusak tidak dapat mensekresi mukus yang cukup bertindak sebagai barrier terhadap asam klorida. Sekresi lambung terjadi pada 3 fase yang serupa :

a. Sefalik

Fase pertama ini dimulai dengan rangsangan seperti pandangan, bau atau rasa makanan yang bekerja pada reseptor kortikal serebral yang pada gilirannya merangsang saraf vagal. Intinya, makanan yang tidak menimbulkan nafsu makan menimbulkan sedikit efek pada sekresi lambung. Inilah yang menyebabkan makanan sering secara konvensional diberikan pada pasien dengan ulkus peptikum. Saat ini banyak ahli gastroenterology menyetujui bahwa diet saring mempunyai efek signifikan pada keasaman lambung atau penyembuhan ulkus. Namun, aktivitas vagal berlebihan selama malam hari saat lambung kosong adalah iritan yang signifikan.

b. Fase lambung

Pada fase ini asam lambung dilepaskan sebagai akibat dari rangsangan kimiawi dan mekanis terhadap reseptor di dinding lambung. Pemicu stres menyebabkan sekresi asam sebagai respon terhadap distensi lambung oleh makanan.

c. Fase usus

Makanan dalam usus halus menyebabkan pelepasan hormon (dianggap menjadi gastrin) yang pada waktunya akan merangsang sekresi asam lambung. Pada manusia, sekresi lambung adalah campuran mukopolisakarida dan mukoprotein yang disekresikan secara kontinu melalui kelenjar mukosa. Mukus ini mengabsorpsi pepsin dan melindungi mukosa terhadap asam. Asam hidroklorida disekresikan



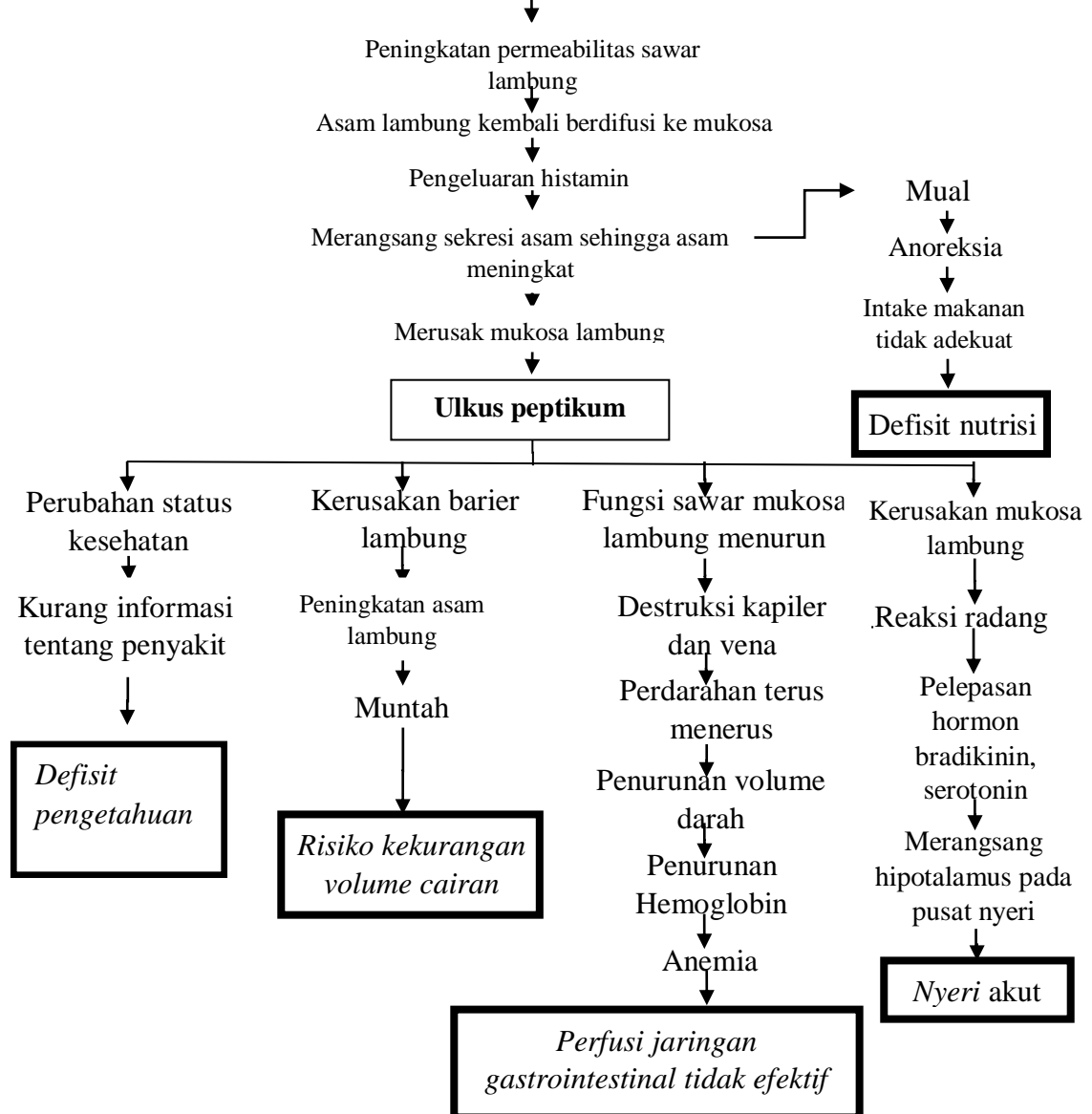
secara kontinu, tetapi sekresi meningkat karena mekanisme neurogenik dan hormonal yang dimulai dari rangsangan lambung dan usus (Mitchell, Richard N., 2008).

## Pathway Ulkus Peptikum

### Bagan 2.1 Pathway Ulkus Peptikum

Penyebab dan faktor predisposisi :

Asam dalam lumen, empedu, alkohol, NSAIDs, *H. pillory*, stress, herediter, makanan / minuman yang dapat mengiritasi lambung



Sumber: (Yaniudy, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017).

## 5. Pemeriksaan Penunjang (Corwin, 2009)

Diagnosis ulkus terutama berdasarkan pengkajian riwayat kesehatan dan endoskopi. Dengan endoskopi, tidak hanya lapisan usus yang dapat terlihat, tetapi juga dapat mengambil sampel jaringan untuk biopsi dan dapat menentukan ada atau tidaknya *H. pylori*.

Infeksi *H. pylori* juga dapat didiagnosis dengan pemeriksaan darah untuk antibodi dan pemeriksaan napas yang mengukur produksi sampah metabolik mikroba.

## 6. Penatalaksanaan (Corwin, 2009)

- a. Identifikasi dan anjurkan pasien menghindari makanan yang menyebabkan sekresi asam hidroklorida (HCl) berlebihan dapat meredakan gejala.
- b. Pendidikan kesehatan tentang menghindari alkohol dan kafein dapat meredakan gejala dan meningkatkan proses penyembuhan ulkus peptikum.
- c. Menghentikan atau mengurangi penggunaan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), sering kali dapat mengurangi gejala pada kasus ringan.
- d. Dorong individu untuk berhenti merokok yang dapat mengiritasi usus dan memperlambat penyembuhan.
- e. Peresepan anti histamine untuk menetralsir asam lambung dan untuk meredakan gejala ulkus.

f. Individu yang dilaporkan menderita ulkus dapat ditangani dengan penambahan antibiotik selain terapi antasik standart yang telah digunakan. Biasanya, pasien diberi satu atau dua antibiotik, plus anti jamur, atau antibiotik dan penghambat pompa antibiotik.

g. Penatalaksanaan stress, teknik relaksasi, atau sedatif dapat digunakan untuk mengatasi pengaruh psikologis.

h. Asuhan post operasi (segera setelah operasi) harus dilakukan di ruang pemulihan tempat adanya akses yang cepat ke oksigen, pengisap, peralatan resusitasi, monitor, bel panggil emergensi, dan staf terampil dalam jumlah dan jenis yang memadai.

i. Asuhan pasca operatif secara umum meliputi :

1) Pengkajian tingkat kesadaran. Pada pasien yang mengalami anestesi general, perlu dikaji tingkat kesadaran secara intensif sebelum dipindahkan ke ruang perawatan. Kesadaran pasien akan kembali pulih tergantung pada jenis anestesi dan kondisi umum pasien.

2) Pengkajian suhu tubuh, frekuensi jantung/ nadi, respirasi dan tekanan darah. Tanda-tanda vital pasien harus selalu dipantau dengan baik.

3) Mempertahankan respirasi yang sempurna. Respirasi yang sempurna akan meningkatkan supply oksigen ke jaringan. Respirasi yang sempurna dapat dibantu dengan posisi yang benar dan menghilangkan sumbatan pada jalan nafas pasien. Pada pasien yang kesadarannya belum pulih seutuhnya, dapat tetap dipasang respirator.

- 4) Mempertahankan sirkulasi darah yang adekuat.
- 5) Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dengan cara memonitor input serta outputnya.
- 6) Mempertahankan eliminasi, dengan cara mempertahankan asupan dan output serta mencegah terjadinya retensi urine
- 7) Pemberian posisi yang tepat pada pasien, sesuai dengan tingkat kesadaran, keadaan umum, dan jenis anastesi yang diberikan saat operasi.
- 8) Mengurangi kecemasan dengan cara melakukan komunikasi secara terapeutik.
- 9) Mengurangi rasa nyeri pada luka operasi, dengan teknik-teknik mengurangi rasa nyeri.
- 10) Mempertahankan aktivitas dengan cara latihan memperkuat otot sebelum ambulatory.
- 11) Meningkatkan proses penyembuhan luka dengan perawatan luka yang benar, ditunjang factor lain yang dapat meningkatkan kesembuhan luka.

## **7. Komplikasi (Corwin, 2009)**

- a. Kadang-kadang ulkus menembus semua lapisan mukosa sehingga terjadi perforasi usus. Karena isi usus tidak steril, hal ini dapat menyebabkan infeksi rongga abdomen. Nyeri pada perforasi sangat hebat dan menyebar. Nyeri ini tidak hilang dengan makan.

b. Obstruksi lumen saluran gastrointestinal dapat terjadi akibat episode cedera, inflamasi, dan pembentukan jaringan parut yang berulang. Obstruksi paling sering terjadi di saluran sempit antara lambung, usus halus dan di pilorus. Obstruksi menyebabkan perasaan distensi lambung dan epigastrium, perasaan penuh, mual, dan muntah.

## **8. Pengobatan**

Salah satu segi pengobatan ulkus duodenalis atau ulkus gastrikum adalah menetralkan atau mengurangi keasaman lambung. Proses ini dimulai dengan menghilangkan iritan lambung (misalnya obat anti peradangan non-steroid, alkohol dan nikotin). Makanan cair tidak mempercepat penyembuhan maupun mencegah kambuhnya ulkus. Tetapi penderita hendaknya menghindari makanan yang tampaknya menyebabkan semakin memburuknya nyeri dan perut kembung.

## **B. Konsep Masalah Keperawatan**

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Biasanya pasien dengan ulkus mengeluh nyeri tumpul, seperti tertusuk atau sensasi terbakar di epigastrium tengah atau di punggung. epigastrium atau sedikit di sebelah kanan garis tengah. Beberapa gejala menurun dengan memberikan tekanan lokal pada epigastrium. Menurut Mutaqqin (2011) keluhan utama yang lazim didapatkan adalah nyeri pada pinggang. Untuk lebih komprehensifnya, pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan PQRST.

c. Riwayat kesehatan klien

1) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya klien dengan ulkus mengeluh nyeri tumpul, seperti tertusuk atau sensasi terbakar di epigastrium tengah atau di punggung. Nyeri dapat dikaji dengan menggunakan PQRST :

P : Klien mengeluh nyeri

Q : Nyeri dirasakan seperti tertusuk

R: Penyebaran nyeri terasa di perut

S: Skala nyeri 4-7

T: Nyeri timbul terutama saat klien melakukan aktifitas berat

2) Riwayat kesehatan dahulu

Kemungkinan klien memiliki riwayat gastritis, infeksi saluran kemih, osteoporosis dengan pemakaian pengobatan kalsium, bekerja dilingkungan panas dan olah ragawan. Memiliki riwayat ketergantungan terhadap makanan atau minuman, zat dan obat-obatan. Kemungkinan klien sering mengkonsumsi minuman kafein.

3) Riwayat penyakit keluarga

Kemungkinan anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama dengan penyakit yang diderita klien saat ini. Memiliki riwayat penyakit gastritis, ulkus peptikum, infeksi saluran kemih.

4) Riwayat psikososial

Biasanya klien memiliki perasaan cemas yang berlebihan akibat pekerjaan yang terhambat, dan akan sulit melakukan ibadah karena proses perjalanan penyakit ulkus peptikum yang diderita klien.

5) Aktivitas sehari-hari

Riwayat pekerjaan, aktivitas fisik rendah, lebih banyak duduk. Riwayat bekerja pada lingkungan bersuhu tinggi. Keterbatasan mobilitas fisik akibat penyakit sistemik lainnya (cedera serebrovaskuler, tirah baring lama) sehingga menyebabkan penyakit ulkus peptikum.



d. Pola nutrisi dan cairan

Gejalanya mual/muntah, nyeri tekan abdomen, riwayat diet tinggi purin, kalsium oksalat dan atau fosfat, hidrasi yang tidak adekuat, tidak minum air dengan cukup sehingga klien sering mengalami dehidrasi. Dengan tanda distensi abdomen, penurunan/tidak ada bising usus, muntah sehingga pola nutrisi dan cairan terganggu.

e. Pola eliminasi

Gejala dan tanda meliputi riwayat perdarahan, perubahan pola defekasi, perubahan karakteristik feses, nyeri tekan abdomen, distensi, bising otot meningkat, karakteristik feses (terdapat darah, berbusa, bau busuk), konstipasi (perubahan diet dan penggunaan antasida).

g. Pola personal hygiene

Biasanya klien akan sulit untuk melakukan mandi, mengganti pakaian sehingga membutuhkan bantuan keluarga atau orang lain dalam memenuhi personal hygiene klien.

h. Pola istirahat tidur

Biasanya pola istirahat tidur klien akan terganggu karena nyeri yang dirasakan.

i. Pola aktivitas dan latihan

Aktivitas dan latihan klien akan terganggu, karena klien mengalami nyeri perut.

j. Pola seksualitas dan reproduksi

Biasanya klien yang menderita ulkus peptikum mengalami gangguan reproduksi dan seksualnya akibat dari nyeri, sehingga ia tidak dapat memenuhi kebutuhan seksualnya.

k. Persepsi diri dan konsep diri

Biasanya klien sering merasa cemas akan penyakitnya.

l. Sirkulasi

Terjadi peningkatan tekanan darah, nadi meningkat atau takikardi, kulit terasa hangat, kemerahan dan klien nampak pucat.

m. Eliminasi

Gejala dan tanda meliputi riwayat perdarahan, perubahan pola defekasi, perubahan karakteristik feses, nyeri tekan abdomen, distensi, bising otot meningkat, karakteristik feses (terdapat darah, berbusa, bau busuk), konstipasi (perubahan diet dan penggunaan antasida).

n. Nyeri atau kenyamanan

Gejala dan tanda meliputi nyeri yang sangat, seperti rasa terbakar, nyeri hilang setelah makan, nyeri epigastrik kiri dapat menjalar ke punggung

o. Pemeriksaan Fisik

Menurut (Mutaqqin, 2011) pada pemeriksaan fisik, fokus ulkus peptikum didapatkan adanya perubahan tanda-tanda vital sekunder

dari nyeri. Pasien terlihat sangat kesakitan atau merasa nyeri, pucat, dan lemah. Pemeriksaan fisik terdiri dari:

1) Kepala

Pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hematoma, mengkaji warna rambut, kebersihan rambut.

2) Mata

Penglihatan adanya keaburan, akibat adanya gangguan nervus optikus (nervus II), gangguan dalam mengangkat bola mata (nervus III), gangguan dalam memutar bola mata (nervus IV) dan gangguan dalam menggerakkan boal mata kalateral (nervus VI).

3) Hidung

Mengkaji adanya polip, bersih atau kotor. Adanya gangguan pada penciuman atau tidak.

4) Mulut dan faring

Mengkaji klien apakah ada kesulitan menelan, kesulitan mengunyah, adanya gangguan pengecapan (lidah) akibat kerusakan nervus vagus adanya kesulitan dalam menelan. Dikaji keadaan bibir, keadaan gusi dan gigi, keadaan lidah, palatum/ langit- langit, orofaring.

5) Leher

Dikaji posisi trakea, tiroid, suara, kelenjar limpe, vena jugularis, dan denyut nadi karotis.

6) Dada

Inspeksi kesimetrisan bentuk, dan kembang kempis dada, palpasi ada tidaknya nyeri tekan, perkusi mendengar bunyi hasil perkusi, auskultasi untuk mengetahui suara nafas, cepat dan dalam.

7) Abdomen

Inspeksi bentuk, ada tidaknya pembesaran, auskultasi bising usus terkadang tidak terdengar, perkusi dengar bunyi hasil perkusi, palpasi terdapat nyeri tekan pada abdomen kiri.

8) Ekstermitas

Biasanya klien dengan ulkus peptikum akan terjadi penurunan kekuatan otot akibat nyeri yang dirasakan, dan bengkak pada tungkai.

9) Pemeriksaan neurologis

Dikaji tingkat kesadaran, tanda rangsangan otak, dan pemeriksaan saraf otak (NI- NXII).

## **2. Diagnosa Keperawatan**

### **a. Pengertian Masalah Keperawatan**

Masalah keperawatan atau diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas

terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Komponen masalah keperawatan

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) atau label diagnosis dan indikator diagnosis. Masing-masing komponen diagnosis diuraikan sebagai berikut:

a) Masalah (*problem*)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau penjas dan fokus diagnostik.

b) Indikator diagnostik

Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala, dan faktor resiko dengan uraian sebagai berikut:

1) Penyebab (*etiologi*) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu:

- a) Fisiologis, biologis atau psikologis;
- b) Efek terapi/tindakan;
- c) Situasional (lingkungan atau personal),
- d) Maturasional.

2) Tanda (*Sign*) dan gejala (*symptom*). Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan

gejala merupakan data subyektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda/gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu:

a) Mayor: Tanda/gejala ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosis.

b) Minor: Tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.

3) Faktor resiko merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan.

#### c. Kriteria Mayor dan Minor

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) menyatakan kriteria mayor merupakan tanda atau gejala yang ditemukan 80%-100% pada klien untuk validasi diagnosis. Sedangkan kriteria minor merupakan tanda atau gejala yang tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis.

#### d. Faktor yang berhubungan

Faktor yang berhubungan atau penyebab pada masalah keperawatan merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan yang mencakup empat kategori yaitu : fisiologis, biologis atau psikologis, efek terapi atau tindakan, lingkungan atau personal, dan kematangan perkembangan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

#### e. Contoh masalah keperawatan

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul pada klien ulkus peptikum dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

a. Defisit Nutrisi

1) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017).

2) Batasan Karakteristik:

a) Kriteria Mayor:

(1) Subjektif: Tidak tersedia

(2) Objektif: Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

b) Kriteria Minor:

(1) Subjektif: Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun

(2) Objektif: Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

3) Faktor yang berhubungan :

a) Kurangnya asupan makanan

b) Ketidakmampuan menelan makanan

c) Ketidakmampuan mencerna makanan

- d) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
- e) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- f) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- g) Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)

b. Defisit pengetahuan

1) Definisi

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017).

2) Batasan karakteristik

a) Kriteria mayor:

- (1) Subjektif: menyampaikan masalah yang dihadapi
- (2) Objektif: menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

b) Kriteria minor:

- (1) Subjektif: Tidak tersedia
- (2) Objektif: Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

3) Faktor yang berhubungan:

- a) Keterbatasan kognitif
- b) Gangguan fungsi kognitif
- c) Kekeliruan mengikuti anjuran
- d) Kurang terpapar informasi



- e) Kurang minat dalam belajar
- f) Kurang mampu mengingat
- g) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

c. Risiko hipovolemia

1) Definisi

Berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan intraseluler (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017).

2) Faktor risiko:

- 1) Kehilangan cairan secara aktif
- 2) Gangguan absorpsi cairan
- 3) Usia lanjut
- 4) Kelebihan berat badan
- 5) Status hipermetabolik
- 6) Kegagalan mekanisme regulasi
- 7) Evaporasi
- 8) Kekurangan intake cairan
- 9) Efek agen farmakologis

d. Nyeri

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

1) Batasan karakteristik :

a) Kriteria mayor

(1) Subjektif: Mengeluh nyeri

(2) Objektif: Tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b) Kriteria minor

(1) Subjektif: tidak tersedia

(2) Objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri sendiri, diaforesis

2) Faktor yang berhubungan:

a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)

b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)

c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Setelah didapatkan data dari pengkajian yang dilakukan secara menyeluruh, maka dibuatlah analisa data dan membuat kesimpulan diagnosis keperawatan (Nurarif dan Kusuma 2016).

Diagnosa keperawatan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), pada klien dengan ulkus peptikum yaitu:

- a. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
- b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- c. Risiko hipovolemia berhubungan dengan muntah.
- d. Risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi gastrointestinal
- e. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

### **3. Rencana Keperawatan (intervensi keperawatan)**

Rencana keperawatan pada kasus ulkus peptikum.

Diagnosa 1 Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi secara adekuat dengan kriteria hasil :

- a. Mempertahankan berat badan dalam batas normal
- b. Klien mampu menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan
- c. Klien mengalami peningkatan nafsu makan

Intervensi :

- 1) Kaji pemenuhan kebutuhan nutrisi klien

Rasional: mengetahui kekurangan nutrisi klien

- 2) Kaji penurunan nafsu makan klien

Rasional: agar dapat dilakukan intervensi dalam pemberian makanan pada klien

- 3) Jelaskan pentingnya makanan bagi proses penyembuhan

Rasional: dengan pengetahuan yang baik tentang nutrisi akan memotivasi untuk meningkatkan pemenuhan nutrisi

- 4) Ukur tinggi dan berat badan klien

Rasional: membantu dalam identifikasi malnutrisi protein-kalori, khususnya bila berat badan kurang dari normal

- 5) Dokumentasikan masukan oral selama 24 jam, riwayat makanan, jumlah kalori dengan tepat (intake)

Rasional: mengidentifikasi ketidakseimbangan kebutuhan nutrisi.

- 6) Ciptakan suasana makan yang menyenangkan

Rasional: membuat waktu makan lebih menyenangkan, yang dapat meningkatkan nafsu makan

- 7) Berikan makanan selagi hangat

Rasional: untuk meningkatkan nafsu makan

- 8) Berikan makanan dengan jumlah kecil dan bertahap

Rasional: untuk memudahkan proses makan

- 9) Menyarankan kebiasaan untuk oral hygiene sebelum dan sesudah makan

Rasional: meningkatkan selera makan klien

10) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk membantu memilih makanan yang dapat memenuhi kebutuhan gizi selama sakit

Rasional: ahli gizi adalah spesialisasi dalam ilmu gizi yang membantu klien memilih makanan sesuai dengan keadaan sakitnya, usia, tinggi, berat badannya

Diagnosa 2 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu memahami tentang penyakitnya, dengan kriteria hasil:

- a. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan.
- b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
- c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

Intervensi :

- 1) Kaji pengetahuan tentang klien tentang penyakitnya

Rasional: Mempermudah dalam memberikan penjelasan kepada klien

- 2) Jelaskan tentang proses penyakit (tanda dan gejala). Identifikasi kemungkinan penyebab. Jelaskan kondisi tentang klien

Rasional: meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas

- 3) Jelaskan tentang pengobatan dan alternative pengobatan  
Rasional: mempermudah intervensi
- 4) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi  
Rasional: mencegah keparahan penyakit
- 5) Diskusikan tentang terapi dan pilihannya  
Rasional: memberi gambaran tentang pilihan terapi yang akan digunakan
- 6) Tanyakan kembali pengetahuan klien tentang penyakit, prosedur perawatan dan pengobatan  
Rasional: mengulang atau mereview kembali tentang penyakit yang diderita oleh klien

Diagnosa 3 Resiko hipovolemia berhubungan dengan muntah.

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu memahami , dengan kriteria hasil :

- a. Turgor kulit baik
- b. Intake dan output
- c. Tidak terjadi muntah
- d. Tidak terjadi perdarahan

Intervensi :

- 1) Kaji tekanan darah, nadi perifer, turgor kulit, dan membran mukosa

Rasional : pada keadaan dehidrasi tekanan darah akan menurun, nadi teraba lemah, turgor kulit tidak segera kembali, membran mukosa kering/pucat

- 2) Awasi masukan dan keluaran. Catat kehilangan cairan melalui muntah.

Rasional : mengetahui jumlah cairan masuk dan keluar

- 3) Observasi tanda perdarahan

Rasional : memantau pengeluaran elektrolit berlebih

Diagnosa 4 Risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi gastrointestinal.

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan pasien perfusi gastrointestinal kembali efektif , dengan kriteria hasil :

- a. Hemoglobin mencapai 10
- b. Mampu mengenali perubahan status kesehatan meningkat

Intervensi :

- 1) Kaji TTV (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan)

Rasional: mengetahui perkembangan status kesehatan

- 2) Memantau hasil laboratorium.

Rasional : mengetahui hemoglobin meningkat atau menurun.

Diagnosa 5 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan klien mampu menggerakkan bagian tubuh yang mengalami inkontinuitas, dengan

kriteria hasil : nyeri berkurang setelah perawatan diharapkan klien dengan kriteria hasil:

- a. Skala nyeri 0-1
- b. Wajah pasien tampak rileks
- c. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, dan mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri)
- d. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- e. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
- f. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Intervensi:

- 1) Kaji secara komprehensif terhadap nyeri termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan faktor presipitasi

Rasional: untuk mengetahui tingkat nyeri pasien

- 2) Observasi reaksi ketidaknyaman secara nonverbal

Rasional: untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan dirasakan oleh pasien

- 3) Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengungkapkan pengalaman nyeri dan penerimaan klien terhadap respon nyeri

Rasional: untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri



- 4) Tentukan faktor yang dapat memperburuk nyeri. Lakukan evaluasi dengan klien dan tim kesehatan lain tentang ukuran pengontrolan nyeri yang telah dilakukan

Rasional: untuk mengurangi faktor yang dapat memperburuk nyeri yang dirasakan klien

- 5) Berikan informasi tentang nyeri termasuk penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan hilang, antisipasi terhadap ketidaknyamanan dari prosedur

Rasional: pemberian “health education” dapat mengurangi tingkat kecemasan dan membantu klien dalam membentuk mekanisme coping terhadap rasa nyeri

- 6) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi respon ketidaknyamanan klien (suhu ruangan, cahaya dan suara)

Rasional: untuk mengurangi tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien.

- 7) Hilangkan faktor presipitasi yang dapat meningkatkan pengalaman nyeri klien (ketakutan, kurang pengetahuan)

Rasional: agar nyeri yang dirasakan klien tidak bertambah.

- 8) Ajarkan cara penggunaan terapi non farmakologi (relaksasi)

Rasional: agar klien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi dalam manajemen nyeri yang dirasakan.

- 9) Kolaborasi pemberian analgetik

Rasional: pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri pasien

#### 4. Implementasi Keperawatan

Menurut (Potter & Perry, 2011) dalam buku Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan, implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Oleh karena itu, jika intervensi keperawatan yang telah dibuat dalam perencanaan dilaksanakan atau diaplikasikan pada pasien, maka tindakan tersebut disebut implementasi keperawatan

Komponen yang terdapat pada implementasi adalah :

a. Tindakan observasi

Tindakan observasi adalah tindakan yang ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan klien.

b. Tindakan terapeutik

Tindakan terapeutik adalah tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan klien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan klien.

c. Tindakan edukasi

Tindakan edukasi adalah tindakan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan pasien merawat dirinya dengan membantu pasien memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalah.

d. Tindakan kolaborasi

Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang membutuhkan kerjasama baik dengan perawat lainnya maupun dengan profesi kesehatan lainnya.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Potter & Perry, 2011). dalam buku Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan, tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesi-

nambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Komponen catatan perkembangan, antara lain sebagai berikut : Kartu SOAP (data subjektif, data objektif, analisis/assessment, dan perencanaan/plan) dapat dipakai untuk mendokumentasikan evaluasi dan pengkajian ulang.

- a. **S** (Subjektif): data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- b. **O** (Objektif): data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan, atau akibat pengobatan.
- c. **A** (Analisis/assessment): berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, dimana analisis ada 3, yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan sebagian teratasi) sehingga perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, sering memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.

- d. **P** (Perencanaan/planning): perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan periode yang telah ditentukan.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik yaitu untuk mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Pada Klien Ulkus Peptikum melalui hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi yang telah dilakukan mahasiswa sebelumnya.

#### **B. Subyek Penelitian**

Subyek dalam penelitian ini adalah dua orang klien dengan kasus Ulkus Peptikum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Dengan kriteria sebagai berikut.:

##### **1. Kriteria Inklusi**

- a. Kasus yang diambil adalah kasus yang pernah diambil dikelola pada saat praktek mahasiswa sebelumnya sesuai dengan judul KTI ulkus peptikum yang dapat terkena di gaster dan duodenum. Kasus yang diambil sejumlah 2 kasus pasien dewasa subjek yang berbeda yaitu ulkus peptikum.
- b. Diupayakan 2 kasus yang diambil merupakan hasil pengelolaan asuhan keperawatan saat mahasiswa praktik sebelumnya. Jika tidak memungkinkan beberapa pilihan berikut dapat digunakan:
  - 1) Satu kasus/subjek dari hasil laporan askep praktik sebelumnya, dan  
1 kasus/subjek dari sumber lain (laporan praktik askep kakak

tingkat/adik tingkat yang sama dengan judul KTI atau laporan askep dari media internet)

- 2) Jika poin 1 semua tidak terpenuhi, mahasiswa diperbolehkan mengambil dua kasus dari media internet.
- 3) Laporan askep atau kasus yang diambil harus lengkap yang terdiri pengkajian hingga evaluasi.

### **C. Batasan istilah (definisi operasional)**

1. Asuhan keperawatan Ulkus peptikum merupakan erosi lapisan mukosa dibagian mana saja di saluran gastrointestinal, tetapi biasanya di lambung atau duodenum. Pada kasus ini untuk menentukan ulkus peptikum adalah berdasarkan rekam medis pasien yang telah di diagnosis oleh dokter.
2. Asuhan keperawatan klien dengan ulkus peptikum adalah suatu asuhan keperawatan komprehensif secara profesional yang diberikan melalui metode proses keperawatan dari pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan rencana tindakan dan mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis dengan ulkus peptikum.

### **D. Lokasi dan waktu penelitian**

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu pada pasien 1 (Tn. S) di Ruang Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada tanggal 5 oktober 2019 dan pada pasien 2 (Tn A) di di Ruang Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada tanggal 25 november 2019

## **E. Prosedur penelitian**

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa melakukan penyusunan penelitian dengan metode review kasus.
2. Mahasiswa melakukan ujian proposal, setelah proposal disetujui oleh penguji maka penelitian akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data dengan review kasus.
3. Mahasiswa melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet.
4. Mahasiswa melakukan konsultasi kepada pembimbing.
5. Setelah disetujui mahasiswa kemudian membuat review kasus dari kedua subjek.

## **F. Metode dan instrumen Pengumpulan data**

### **1. Teknik Pengumpulan Data**

Adapun langkah-langkahnya adalah : bertemu kepala ruangan, mendapat kasus, bertemu dengan klien, melakukan BHSP dengan komunikasi terapeutik, melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan bersama dengan klien, menentukan perencanaan, melakukan implementasi terhadap keluhan klien dan melakukan evaluasi yang tertuang di dokumentasi

a. Wawancara

Wawancara yaitu hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga dan lain-lain. Sumber data dari klien, keluarga dan rekam medik.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi dan pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan pendekatan IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh klien.

c. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi dan angket merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan diagnostik

## **2. Instrumen Pengumpulan Data**

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur (instrument terlampir).

## **G. Keabsahan data**

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yaitu mengumpulkan informasi utama langsung dari klien dan keluarga, data hasil pemeriksaan fisik dan catatan rekam medis, serta perawat diruangan klien dirawat.



## **H. Analisa data**

Pada studi kasus, analisa data diolah menggunakan aturan yang disesuaikan dengan pendekatan studi kasus asuhan keperawatan. Dalam analisis data, data yang dikumpulkan dikaitkan dengan konsep, teori, prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan menentukan masalah keperawatan. Cara analisis data : Meneliti kembali data yang telah terkumpul, Mengelompokan data berdasarkan kebutuhan bio-psoko-sosial-spiritual, Membandingkan data-data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang abnormal dengan konsep teori antara 2 responden dan Membuat kesimpulan tentang masalah keperawatan yang ditemukan dalam studi kasus

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini peneliti mereview hasil dan pembahasan kasus dari laporan dinas di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Selanjutnya akan diuraikan hasil dan pembahasan mengenai data umum data khusus tentang asuhan keperawatan pada klien ulkus peptikum diruangan flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

#### **A. Hasil**

##### **1 Gambaran lokasi penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di Jalan MT Haryono No. 656 Balikpapan. RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo atau dahulu dikenal dengan Rumah Sakit Umum Balikpapan ini dibuka sejak tanggal 12 September 1949. Fasilitas yang tersedia antara lain: instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi dan instalasi rawat darurat 24 jam.

Flamboyan B meliputi kasus, Gagal Ginjal Kronik, Penyakit Paru Obstruktif Kronis, Diabetes Mellitus, Efusi Pleura, Cholelithiasis, Laparatomy, Ulkus Gaster, Fraktur, CHF, CKR, Abses Hepar dan Batu Ureter.

## 2 Data Asuhan Keperawatan

### a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien dengan Ulkus Gaster dan Perforasi Gaster post op laparatomy di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

<b>Identitas Klien</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Nama	Tn. A	Tn. S
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Umur	53 Tahun	58 Tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Swasta	Buruh
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	STM	SLTA
Alamat	Gunung Polisi RT. 48 NO. 28	Cairi Mukti RT. 07 Gerogot
Diagnosa Medis	Ulkus Gaster	Perforasi Gaster Post Op Laparotomi
Nomor Register	79.60.XX	10.52.XX
MRS/ Tgl Pengkajian	15 Oktober 2019- 16 Oktober 2019	22 Oktober 2019 / 05 November 2019
Keluhan Utama	Klien mengatakan nyeri.	Klien mengatakan nyeri perut kanan.
Riwayat Penyakit Sekarang	3 minggu yang lalu klien mengalami BAB berwarna hitam, tekstur seperti biji-bijian, nyeri didaerah lambung, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terlilit.	Klien mengatakan nyeri perut kanan sejak sebulan lalu, dibawa ke IRD pada tanggal 22 Oktober, dipindah ke ICU karena kondisi memburuk, di tanggal 26 Oktober Operasi Laparatomi, kemudian dipindah di flamboyan B dengan keadaan lemas dan meringis kesakitan dengan skala 4.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Klien mengatakan pernah dirawat pada bulan September 2019 dengan diagnosa kadar Hb menurun: 5,1. Tidak memiliki riwayat penyakit kronik dan menular. Tidak memiliki riwayat alergi dan operasi	Klien mengatakan tidak pernah dirawat. Tidak memiliki riwayat penyakit kronik dan menular. Tidak memiliki riwayat alergi, ada riwayat operasi laparatomi pada tanggal 26 Oktober 2019.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan keluarga ada yang memiliki penyakit

		Diabetes Militus.
Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan: 1. Alkohol	Klien mengatakan pernah mengonsumsi alkohol pada tahun 1980.	Klien mengatakan klien tidak mengonsumsi alkohol.
2. Merokok	Klien mengatakan merokok 1 bungkus/hari (16 batang).	Klien mengatakan merokok 1 bungkus/hari (16 batang).
3. Obat	Klien mengatakan tidak mengonsumsi obat-obatan.	Klien mengatakan tidak mengonsumsi obat-obatan.
4. Olahraga	Klien mengatakan tiap pagi hari biasanya pemanasan sekitar 30 menit dan jalan-jalan santai	Klien mengatakan tidak pernah berolahraga.
Data Psikososial dan Spiritual	Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah cobaan tuhan, ekspresi klien terhadap penyakitnya murung/diam, reaksi saat interaksi kooperatif, tidak ada gangguan konsep diri. Kebiasaan beribadah sebelum sakit kadang-kadang dan selama sakit tidak pernah.	Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah cobaan tuhan, ekspresi klien terhadap penyakitnya murung/diam, reaksi saat interaksi kooperatif, tidak ada gangguan konsep diri. Kebiasaan beribadah sebelum sakit kadang-kadang dan selama sakit tidak pernah.
Personal Hygiene dan Kebiasaan	Klien mandi 1 x/hari, keramas 1 x/hari, ganti pakaian 2 x/hari, sikat gigi 2x/hari, memotong kuku rutin, merokok dan tidak mengonsumsi alkohol.	Klien mandi 1 x/hari, ganti pakaian 1 x/hari, sikat gigi 1x/hari, memotong kuku 2 minggu 1 kali, merokok dan tidak mengonsumsi alkohol.

Pengkajian identitas klien dilakukan dengan cara melihat catatan rekam medis klien dan melakukan wawancara langsung pada klien dan keluarga. Pengkajian pada klien 1 dan 2 dilakukan pada tanggal 08 April 2019. Diagnosa medis pada klien 1 adalah Ulkus Gaster sedangkan klien 2 adalah Perforasi Gaster Post Op Laparatomi

Riwayat kesehatan pada klien 1 dan 2 memiliki kesamaan yaitu nyeri. Pada klien 1 nyeri daerah lambung. Pada klien 2 nyeri perut

kanan bawah. Hasil pengkajian riwayat keluarga didapat pada klien 1 tidak memiliki penyakit keturunan. Pada klien 2 memiliki penyakit keturunan seperti diabetes militus.

Pada perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan klien 1 dan 2 ditemukan masalah keperawatan. Pada klien 1 dan 2 merokok 1 bungkus/hari (16 batang). Pada klien 1 mengkonsumsi alkohol. Pada klien 2 tidak pernah konsumsi alkohol. Pada klien 1 sering melakukan pemanasan pada pagi hari sekitar 30 menit dan jalan-jalan santai. Sedangkan pada klien 2 tidak pernah melakukan olahraga.

Pada data psikososial dan spiritual pada klien 1 dan 2 tidak ditemukan masalah keperawatan. Keluarga klien 1 berpersepsi bahwa penyakit tersebut hanya cobaan dari tuhan dan klien 2 berpersepsi bahwa penyakitnya cobaan dari tuhan dan akan sembuh. Kedua ekspresi klien terhadap penyakitnya murung/diam, reaksi saat interaksi kooperatif. Kedua klien tidak memiliki gangguan konsep diri. Pada klien 1 kebiasaan beribadah sebelum sakit kadang-kadang dan selama sakit tidak pernah sedangkan klien 2 kebiasaan beribadah sebelum sakit kadang-kadang dan selama sakit tidak pernah.

Pada data personal hygiene dan kebiasaan pada klien 1 tidak ditemukan masalah keperawatan sedangkan pada klien 2 ditemukan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Kedua klien selama sakit mandi 1 x/hari, ganti pakaian 1 x/hari, sikat gigi (oral hygiene) 1

x/hari. Dan kedua klien selama sakit tidak merokok dan tidak mengkonsumsi alkohol.

Tabel 4.2 Hasil Anamnesis Observasi dan Pemeriksaan Fisik Klien dengan Ulkus Gaster dan Perforasi Gaster di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Pemeriksaan Fisik	Klien 1	Klien 2
A. Keadaan umum: 1. Posisi klien 2. Alat medis/invasif yang terpasang 3. Tanda klinis yang mencolok	ringan, sakit ringan fowler 30°. Terpasang infus NaCl 0,9%. Tidak ada tanda klinis yang mencolok	Sedang, sakit sedang Semi fowler 30° Terpasang infus, drain, colestomi. Tidak ada tanda klinis yang mencolok
B. Kesadaran 1. Kualitatif 2. Kuantitatif: GCS	Compos Mentis E <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub>	Compos Mentis E <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub>
C. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital 1. Suhu 2. Nadi 3. Tekanan Darah 4. Respirasi Rate 5. MAP	36,2°C 74 x/menit 120/70 mmHg 18 x/menit 86,7 mmHg	36,4°C 67 x/menit 170/70 mmHg 20 x/menit 103 mmHg
D. Kenyamanan/nyeri 1. Nyeri	Iya	Iya
E. Skor Status Fungsional/ Aktivitas dan Mobilisasi <i>Barthel Indeks</i> 1. Mengendalikan rangsang defekasi (BAB) 2. Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) 3. Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) 4. Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram) 5. Makan 6. Berubah sikap dari berbaring ke	2 (mandiri)  2 (mandiri) 1 (mandiri) 2 (mandiri) 2 (mandiri) 3 (mandiri)	1 (kadang-kadang tak terkendali)  1 (kadang-kadang tak terkendali) 1 (mandiri) 1 (perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain) 1 (perlu ditolong memotong makanan) 1 (perlu banyak bantuan untuk bisa duduk 2

<p>duduk</p> <p>7. Berpindah / berjalan</p> <p>8. Memakai baju</p> <p>9. Naik turun tangga</p> <p>10. Mandi</p> <p>Total skor:</p>	<p>3 (mandiri)</p> <p>2 (mandiri)</p> <p>2 (mandiri)</p> <p>1 (mandiri)</p> <p>20 =Mandiri</p>	<p>orang)</p> <p>0 (tidak mampu)</p> <p>1 (sebagian dibantu)</p> <p>0 (tidak mampu)</p> <p>0 (tergantung orang lain)</p> <p>7 =Ketergantungan berat</p>
<p>F. Pemeriksaan Kepala</p> <p>1. Kepala dan rambut</p>	<p>Finger print ditengah frontal terhidrasi, kulit kepala bersih.Penyebaran rambut tidak merata, warna rambut hitam putih, tidak mudah patah, tidak bercabang, cerah, tidak ada kelainan.</p>	<p>Finger print ditengah frontal terhidrasi, kulit kepala bersih. Penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, tidak mudah patah, tidak bercabang, kusam, tidak ada kelainan.</p>
<p>2. Mata</p>	<p>Sklera mata putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak ada edema, kornea tampak jernih, reflek cahaya +/+, Tekanan Intra Optik (TIO): tidak dilakukan pemeriksaan karena tidak ada alat, pupil isokor, visus tidak dilakukan pemeriksaan, tidak ada kelainan pada mata.</p>	<p>Sklera mata putih, konjungtiva tampak merah muda, palpebra tidak ada edema, kornea tampak jernih, reflek cahaya +/+, Tekanan Intra Optik (TIO): tidak dilakukan pemeriksaan karena tidak ada alat, pupil isokor, visus tidak dilakukan pemeriksaan, tidak ada kelainan pada mata.</p>
<p>3. Hidung</p>	<p>Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasi ditengah, lubang hidung utuh dan simetris,tidak ada gangguan ketajaman penciuman, tidak ada kelainan pada hidung.</p>	<p>Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasi ditengah, lubang hidung utuh dan simetris, tidak ada gangguan ketajaman penciuman, tidak ada kelainan pada hidung.</p>
<p>4. Rongga Mulut</p>	<p>Keadaan bibir warna pucat, gigi geligi lengkap. Keadaan lidah warna pucat, mukosa tampak kering, uvula letak simetris ditengah.</p>	<p>Keadaan bibir warna gelap pucat, gigi geligi lengkap. Keadaan lidah warna merah muda, mukosa tampak lembab, uvula letak simetris ditengah.</p>
<p>5. Telinga</p>	<p>Bentuk daun/pina telinga bulat sedang, kanalis telinga normal. Ketajaman pendengaran tidak dilakukan pemeriksaan.</p>	<p>Bentuk daun/pina telinga bulat sedang, kanalis telinga normal. Ketajaman pendengaran tidak dilakukan pemeriksaan.</p>
<p>G. Pemeriksaan Leher</p>	<p>Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, letak posisi trakea ditengah.</p>	<p>Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, letak posisi trakea ditengah.</p>

<p>H. Pemeriksaan Thorak: Sistem Pernafasan</p>	<p>Tidak ada keluhan sesak, tidak ada keluhan batuk, tidak terdapat sekret. Pada inspeksi bentuk dada simetris, frekuensi 18 x/menit, irama nafas tampak teratur, pola pernafasan tampak normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan, tidak terdapat alat bantu nafas. Pada palpasi vocal premitus anterior dan posterior dada teraba, ekspansi paru anterior dan posterior dada teraba. Tidak ada kelainan. Pada perkusi terdengar sonor. Pada auskultasi suara nafas terdengar vesikuler, suara ucapan jelas. Tidak ada penggunaan WSD</p>	<p>Tidak ada keluhan sesak, tidak ada batuk. Pada inspeksi bentuk dada simetris, frekuensi 20 x/menit, irama nafas tampak teratur, pola pernafasan tampak normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan, tidak ada alat bantu nafas. Pada palpasi vocal premitus anterior dan posterior dada teraba, ekspansi paru anterior dan posterior dada teraba. Tidak ada kelainan. Pada perkusi terdengar sonor. Pada auskultasi suara nafas terdengar vesikuler, suara ucapan jelas. Tidak ada penggunaan WSD</p>
<p>I. Pemeriksaan Jantung: Sistem Kardiovaskuler</p>	<p>Tidak ada keluhan nyeri dada. Pada inspeksi ictus cordis tidak tampak, CRT <math>\leq</math> 2 detik, tidak ada sianosis. Pada palpasi ictus cordis teraba di intercostal 3 midclavicula sinistra, akral hangat. Perkusi batas jantung bagian basic jantung terdapat di Intercostal 2 midclavicula sinistra, pinggang jantung di intercostal 3 midaxilaris anterior sinistra, dan apeks jantung berada di intercostal 3 midclavicula sinistra. Bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan (murmur). Tidak ada CVP dan CTR.</p>	<p>Tidak ada keluhan nyeri dada. Pada inspeksi ictus cordis tidak tampak, CRT <math>\leq</math> 2 detik, tidak ada sianosis. Pada palpasi ictus cordis teraba di intercostal 3 midclavicula sinistra, akral hangat. Perkusi batas jantung bagian basic jantung terdapat di Intercostal 2 midclavicula sinistra, pinggang jantung di intercostal 3 midaxilaris anterior sinistra, dan apeks jantung berada di intercostal 3 midclavicula sinistra. Bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan (murmur). Tidak ada CVP dan CTR.</p>
<p>J. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi</p>	<p>BB: 65 kg TB: 165 cm IMT: 23,9 kg m<sup>2</sup> kategori ideal Parameter status nutrisi</p>	<p>Tidak dilakukan pemeriksaan IMT Parameter status nutrisi total skor: 0 BAB: 1 x/hari terakhir</p>



	total skor: 0 BAB: 1 x/hari terakhir tanggal 15 Oktober 2019, konsistensi lunak. Diet lunak, jenis diet bubur, nafsu makan baik, frekuensi 3 x/hari, porsi makan habis.	tanggal 04 November 2019, konsistensi lunak. Diet lunak, jenis diet bubur, nafsu makan menurun, frekuensi 3 x/hari, porsi makan tidak habis.
1. Abdomen	Bentuk abdomen normal, tidak ada bayangan vena, benjolan/massa dan luka operasi. Peristaltik 15 x/menit. Tidak ada ascites dan tidak ada nyeri tekan. Tidak ada massa, tidak ada pembesaran hepar dan ginjal. Tidak ada nyeri ketuk.	Bentuk abdomen normal, tidak ada bayangan vena, benjolan/massa, luka operasi ada pada tanggal 26 Oktober 2019, jenis operasi laparatomi keadaan drain baik jumlah 5 ml warna coklat Peristaltik 15 x/menit. Tidak ada ascites dan tidak ada nyeri tekan. Tidak ada massa, tidak ada pembesaran hepar dan ginjal. Tidak ada nyeri ketuk.
K. Sistem Persyarafan	Memori jangka panjang, dapat mengulang perhatian, bahasa baik, kognisi baik, orientasi orang tempat dan waktu, reflek, tidak ada keluhan pusing, istirahat tidur 3-4 jam/hari ada gangguan tidur yaitu insomnia	Memori jangka panjang, dapat mengulang perhatian, bahasa baik, kognisi baik, orientasi orang tempat dan waktu, reflek, tidak ada keluhan pusing, istirahat tidur 4 jam/hari ada gangguan tidur yaitu gelisah tidak tenang
L. Sistem Perkemihan	Bersih, tidak ada keluhan kencing. Kemampuan berkemih spontan Produksi urine 2000 ml/hari, warna kuning jernih, tidak berbau. Tidak ada pembesaran dan nyeri tekan kandung kemih.	Bersih, tidak ada keluhan kencing. Kemampuan berkemih spontan menggunakan pempers. Tidak ada pembesaran dan nyeri tekan kandung kemih.
M. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	Pergerakan sendi bebas, kekuatan otot $\frac{5}{5}   \frac{5}{5}$ ; tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak ada traksi/spalk/gips, tidak ada kompartemen syndrome, kulit ikterik, turgor kulit baik, tidak ada luka, tidak ada ekskoriasis, tidak ada	Pergerakan sendi bebas, kekuatan otot $\frac{4}{4}   \frac{4}{4}$ ; tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak ada traksi/spalk/gips, tidak ada kompartemen syndrome, kulit kemerahan, turgor kulit jelek, terdapat luka, warna dasar luka merah

	psoriasis, tidak ada urtikaria.	dan kuning ,tipe eksudat/cairan luka yaitu pus, goa ada ukuran 10 cm, tidak ada ekskoriasis, tidak ada psoriasis, tidak ada urtikaria.
1. Penilaian risiko decubitus:		
a. Persepsi Sensori	4 (tidak ada gangguan)	2 (sangat terbatas)
b. Kelembaban	4 (jarang basah)	3 (kadang-kadang basah)
c. Aktivitas	3 (kadang-kadang jalan)	1 (bedfast)
d. Mobilisasi	4 (tidak ada keterbatasan)	2 (sangat terbatas)
e. Nutrisi	3 (adekuat)	2 (kemungkinan tidak adekuat)
f. Gesekan & Pergeseran	3 (tidak menimbulkan masalah)	2 (potensial bermasalah)
Total nilai:	21 = tidak beresiko	12 = Risiko tinggi
N. Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada trias DM, tidak ada hipoglikemia, tidak ada hiperglikemia.	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada trias DM, tidak ada hipoglikemia, tidak ada hiperglikemia.
O. Seksualitas dan Reproduksi	Tidak ada kelainan/masalah pada prostat.	Tidak ada kelainan/masalah pada prostat.
P. Keamanan Lingkungan		
Penilaian risiko klien jatuh dengan skala morse (klien dewasa):		
1. Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir	0 (tidak)	0 (tidak)
2. Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	0 (tidak)	0 (tidak)
3. Menggunakan alat bantu	0 (bedrest/dibantu perawat)	0 (bedrest/dibantu perawat)
4. Menggunakan IV dan cateter	0 (tidak)	20 (ya)
5. Kemampuan berjalan	0 (tidak)	0 (tidak)
6. Status mental	0 (normal/bedrest)	15 (tidak sadar akan kemampuan/post op 24 jam)
Total skor:	0 = rendah	35 = sedang

Pemeriksaan fisik pada klien 1 dan 2 dilakukan dengan memeriksa seluruh anggota tubuh dari ujung kepala hingga ujung kaki dengan

menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pada pemeriksaan kepala dan leher tidak ditemukan masalah atau kelainan pada klien 1 dan 2. Pada pemeriksaan jantung pada klien 1 dan 2 tidak ditemukan kelainan atau gangguan fungsi pada jantung. Pada pemeriksaan status nutrisi & pencernaan pada klien 1 dan 2 tidak ditemukan adanya masalah. Pada pemeriksaan abdomen tidak ditemukan adanya masalah atau kelainan pada klien 1 dan 2. Pada pemeriksaan persyarafan ditemukan masalah pada kedua klien pada klien 1 dan 2 ditemukan gangguan pola tidur. Pada pemeriksaan perkemihan ditemukan pada klien 1 dan 2 tidak ditemukan adanya masalah atau kelainan. Pada pemeriksaan sistem muskuloskeletal dan integumen tidak ditemukan adanya masalah pada klien 1 dan 2. Pada penilaian resiko dekubitus pada klien 1 tidak beresiko sedangkan pada klien 2 beresiko tinggi. Pada pemeriksaan sistem endokrin tidak ditemukan adanya masalah atau kelainan, begitupun dengan seksualitas dan reproduksi pada klien 1 dan 2. Pada penilaian risiko klien jatuh dengan skala morse klien 1 beresiko rendah sedangkan pada klien 2 beresiko sedang.

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien dengan Ulkus Gaster dan Perforasi Gaster di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

<b>Pemeriksaan Penunjang</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Laboratorium	15 Oktober 2019 Hemoglobin: 8,7 g/dl	04 November 2019 G2 OP: 97 mg/dl
Endoskopy	16 Oktober 2019 Esophagus mukosa normal Gaster tampak mukosa eritema diatrum Duodenum mukosa normal	04 November 2019 1. Hemoglobin: 9,5 g/dl 2. Leukosit: 15,82 10 <sup>3</sup> /uL 3. Trombosit: 429 10 <sup>3</sup> /uL
Laboratorium	16 Oktober 2019 Hemoglobin: 10,7 g/dl	4. Neutrofil: 80,2 % 5. Limfosit: 13,5 % 6. Albumin: 2,6 g/dl

Pada klien 1 dan 2 dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium darah.

Tabel 4.4 Penatalaksanaan Terapi Klien dengan Ulkus Gaster dan Perforasi Gaster di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

<b>Penatalaksanaan Terapi</b>	
<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapi infus Nacl 0,9% 16 tetes permenit</li> <li>2. Terapi omeprazole 2x1</li> <li>3. Terapi sucralfate 3x1</li> <li>4. Terapi antiulcerant peroral 3x1</li> <li>5. Terapi domperidone 2x1</li> <li>6. Latix 1 ampul</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapi infus futrolit 1000 ml/24 jam</li> <li>2. Terapi infus metronidazol 500 mg 3x 1</li> <li>3. Terapi anti nyeri (ketorolax) 3x1</li> <li>4. Ondansentron 2x1</li> </ol>

Pada klien 1 dan 2 memiliki penatalaksanaan terapi yang sama

## b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Klien dengan Ulkus Gaster dan Perforasi Gaster di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No.	Klien 1		Klien 2	
	Hari/ tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)	Hari/ tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (kode SDKI)
1	15 Oktober 2019	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis Batasan katakarakteristik Kriteria mayor: a. Subjektif: - Klien mengatakan nyeri b. Objektif: -KU: sedang -kesadaran: compos mentis -GCS: E <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub> -klien tampak meringis -klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) - TTV: TD: 120/70 mmHg N: 74 x/menit R: 18 x/menit S: 36,2 <sup>o</sup> C (D.0077)	05 November 2019	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis Batasan katakarakteristik: kriteria mayor: a. Subjektif: - Klien mengatakan nyeri perut bagian operasi b. Objektif: - KU: sedang - Kesadaran: compos mentis - GCS: E <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub> - TTV: TD: 110/50 mmHg N: 72x/menit R: 20x/menit S: 36,2 <sup>o</sup> C (D.0077)
2	15 Oktober 2019	Risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif b/d disfungsi gastrointestinal Batasan katakarakteristik Kriteria mayor: a. Subjektif: - Klien mengatakan nyeri - Klien mengatakan BAB nya berwarna hitam 3 hari yang lalu b. Objektif: - Klien tampak	05 November 2019	Gangguan mobilitas fisik b/d nyeri Batasan katakarakteristik Kriteria mayor: c. Subjektif: - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas d. Objektif: - Kekuatan otot menurun - Terpasang drain abdoment

		pucat - Akral teraba dingin CTR 2 detik (D.0013)		- Kekuatan otot 4   4 4   4 - Tingkat ke tergantungan berat (D.0054)
3			05 November 2019	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan prosedur invasif Batasan karakteristik Kriteria mayor: a. Subjektif: (tidak tersedia) b. Objektif: - Kerusakan jaringan atau lapisan kulit Kriteria minor: a. Subjektif: (tidak tersedia) b. Objektif: - Nyeri - Perdarahan - Kemerahan (D.0129)
4			05 November 2019	Defisit nutrisi b/d ke tidakmampuan menelan makanan Batasan karakteristik Kriteria minor: a. Subjektif: - Klien mengatakan nafsu makan menurun b. Objektif: - Berat badan klien menurun (D.001)
5				Defisit perawatan diri: mandi, berpakaian, makan b/d kelemahan Batasan karakteristik Kriteria mayor: c. Subjektif: - Klien mengatakan mandi 1

				x/hari, ganti pakaian 1 x/hari d. Objektif: - Klien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet secara mandiri (D.0109)
--	--	--	--	--

Penegakan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 2 dilakukan berdasarkan hasil dari pengkajian masalah-masalah yang ditemukan pada klien. Pada klien 1 ditegakkan 2 diagnosa keperawatan utama yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, risiko perfusi jaringan gastrointestinal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi gastrointestinal. Pada klien 2 ditegakkan 5 diagnosa keperawatan utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, gangguan integritas kulit berhubungan dengan prosedur invasif, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

### c. Perencanaan

Tabel 4.6 Perencanaan Klien dengan Ulkus Gaster dan Perforasi Gaster di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari/Tanggal	Dx Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Klien 1</b>			
15 Oktober 2019	Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan nyeri	1.1 Lakukan pengkajian nyeri 1.2 Observasi reaksi non verbal

		berkurang dengan kriteria hasil: 1. Mampu mengontrol nyeri. 2. Mampu mengenali nyeri. 3. Tidak mengalami sulit tidur..	1.3 Lakukan penanganan nyeri (teknik relaksasi)
15 Oktober 2019	Risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perfusi gastrointestinal kembali efektif dengan kriteria hasil: 1. Hemoglobin mencapai 10 2. Kemampuan mengenali perubahan status kesehatan meningkat. 3. Kemampuan menghindari faktor risiko.	2.1 Pantau TTV (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan). 2.2 Pantau hasil laboratorium. 2.3 Lakukan pengambilan spesimen darah untuk uji lab 2.4 Berikan obat IV
<b>Klien 2</b>			
05 November 2019	Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Mampu mengenali nyeri. 2. Mampu mengontrol nyeri. 3. Nyeri dapat berkurang melalui paparan panas	1.1 Pantau keadaan umum dan TTV 1.2 Kaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri. 1.3 Ajarkan teknik nafas dalam 1.4 Anjurkan pasien melakukan kompres hangat 1.5 Berikan posisi yang nyaman 1.6 Kolaborasi pemberian analgetik
05 November 2019	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi sesuai dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan posisi optimal dari fungsi yang	2.1 Kaji mobilitas. 2.2 Ajarkan latihan rentang gerak aktif dan pasif. 2.3 Ajarkan teknik relaksasi otot 2.4 Kolaborasi dalam pemberian analgetik.



		<p>dibuktikan oleh tidak adanya kontraktur, footdrop.</p> <p>2. Menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobility</p>	
05 November 2019	Gangguan integritas jaringan kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan integritas jaringan pasien dapat teratasi sesuai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka membaik</li> <li>2. Perfusi jaringan kembali normal</li> <li>3. Tidak terdapat nekrosis (jaringan mati) pada jaringan yang luka.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Monitor luka kondisi, kulit, warna luka.</li> <li>3.2 Perhatikan tanda-tanda infeksi.</li> <li>3.3 Ajarkan perilaku upaya kesehatan.</li> <li>3.4 Berikan perawatan luka</li> <li>3.5 Kolaborasi pemberian obat analgetik</li> </ol>
05 November 2019	Defisit nutrisi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mampu menelan makanan sesuai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status nutrisi terpenuhi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Kaji adanya alergi makanan</li> <li>4.2 Tentukan status gizi</li> <li>4.3 Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien.</li> <li>4.4 Kolaborasi dengan ahli gizi</li> </ol>
05 November 2019	Defisit perawatan diri	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan defisit perawatan diri dapat teratasi sesuai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak bersih dan segar</li> <li>2. Klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri atau dengan bantuan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Kaji kemampuan klien untuk melakukan perawatan diri.</li> <li>5.2 Ganti pakaian yang kotor dengan yang bersih.</li> <li>5.3 Berikan pujian pada klien tentang kebersihannya.</li> <li>5.4 Bimbing keluarga klien memandikan/ menyeka klien</li> </ol>

Setelah melakukan penegakkan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2, dibuat perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada klien tersebut.

#### d. Pelaksanaan

Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan Klien 1 dengan Ulkus Gaster dan Perforasi Gaster di Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
15 Oktober 2019 15.00	1.1 Melakukan pengkajian nyeri 1.2 Melakukan observasi TTV 1.3 Memantau hasil laboratorium 1.4 Melakukan penangan nyeri	DS: - klien mengatakan nyeri P: Nyeri didaerah lambung Q: Seperti terlilit R: di perut kiri S: Skala 4 T: Hilang timbul - klien mengerti terhadap instruksi yang diberikan DO: - Klien tampak tenang - Hasil laboratorium - Hb : 8,7 - TTV - Td : 120/70 mmHg - N : 74 x/menit - S : 36,2 <sup>o</sup> C - RR : 18 x/menit
15 Oktober 2019 20.00	1.1 Melakukan pemeriksaan TTV 1.2 Mengobservasi reaksi nonverbal terhadap nyeri	DS: - Klien mengatakan nyeri berkurang P: Nyeri didaerah lambung Q: Seperti terlilit R: di perut kiri S: Skala 3 T: Hilang timbul DO: TTV - Td: 120/80 mmHg - N:76 x/menit - S: 36,5 <sup>o</sup> C - RR: 18 x/menit

16 Oktober 2019	1.1 Mengobservasi TTV 1.2 Memberikan transfusi darah 1.3 Mengambil spesimen darah 1.4 Memberikan obat intra vena	- Klien tampak tenang  DS: Klien mengatakan tidur 7-8 jam DO: - TTV: - Td: 110/80 mmHg - N:82 x/menit - S: 36,5 <sup>0</sup> C - RR: 18 x/menit - Hasil laboratorium: 10,7
-----------------	---	---

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Klien 2 dengan Ulkus Gaster dan Perforasi Gaster di Flamboyant B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

<b>Waktu Pelaksanaan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>	<b>Evaluasi</b>
05 November 2019 11.00	1.1 Mengkaji lokasi karakteristik dan skala nyeri  1.2 Memantau keadaan umum dan tanda-tanda vital  3.1 Memonitor luka, kondisi, kulit dan jaringan luka.	DS: - Klien mengatakan nyeri bagian operasi perutt. - Klien mengatakan luka berbau dan merembes di perban. DO: - TTV: TD: 110/70 mmHg N: 72 x/menit RR: 20 x/menit S: 36,2 <sup>0</sup> C SPO <sub>2</sub> : 100% - P: luka operasi diperut - Q: seperti tertekan - R: perut - S: 4 - T: sering - KU: sedang - Kesadaran: compos mentis - GCS: E <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub> - Reflek cahaya +/- - Pupil isokor - Akral hangat - Kekuatan otot $\frac{4}{4} \mid \frac{4}{4}$ - Makan minum peroral - BAK spontan (memakai pempers)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang vemplon</li> <li>- Tingkat ketergantungan klien:7 (ketergantungan berat)</li> <li>- Resiko dekubitus: 12 (tinggi)</li> <li>- Risiko klien jatuh dengan skala morse: 35 (sedang)</li> </ul>
12.30	<p>3.4 Meletakkan kepala dengan posisi agak ditinggikan dan dalam posisi anatomis</p> <p>1.5 Memberikan pengaturan posisi yang nyaman</p>	<p>DS: Klien mengatakan nyaman perban diganti dan dilakukan perawatan luka.</p> <p>DO: tampak luka membaik dan klien tampak nyaman.</p>
07 November 2019 18.00	<p>1.6 Memberikan obat analgetik</p> <p>8.5 Memberikan obat antibiotik</p>	<p>DS: Klien mengatakan nyeri berkurang.</p> <p>DO: Skala nyeri 2</p>
08 November 2019 20.30	<p>2.3 Memantau keadaan umum dan TTV (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan)</p>	<p>DS: Klien mengatakan dirinya merasa lebih membaik.</p> <p>DO: TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 120/90 mmHg</li> <li>- N: 82 x/menit</li> <li>- S: 36,4°C</li> <li>- RR: 19 x/menit</li> </ul>

Implementasi tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan pada klien sesuai dengan perencanaan intervensi keperawatan masing-masing diagnosa keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dilakukan selama 4 hari perawatan dan pada klien 2 dilakukan selama 3 hari perawatan, yaitu dari tanggal 05 November sampai 08 November 2019. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara komprehensif dan terus menerus selama 24 jam masa perawatan klien

### e. Evaluasi

Tabel 4.9 Evaluasi Asuhan Keperawatan Klien 1 dengan Ulkus Gaster dan Perforasi Gaster di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari Ke-	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
15 Oktober 2019 20.00	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang</li> <li>- P: luka lambung</li> <li>- Q: seperti terlilit</li> <li>- R: di bagian perut kiri</li> <li>- S: skala 3</li> <li>- T: hilang timbul</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang</li> <li>- Klien dapat tidur 4-5 jam</li> <li>- TTV: <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 120/80 mmHg</li> <li>- N: 76 x/menit</li> <li>- S: 36,5<sup>0</sup>C</li> <li>- RR: 18 x/menit</li> </ul> </li> <li>- Hasil lab: 8,7</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
16 Oktober 2019		<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 2</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang</li> <li>- TTV: <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 120/80 mmHg</li> <li>- N: 76 x/menit</li> <li>- S: 36,5<sup>0</sup>C</li> <li>- RR: 18 x/menit</li> </ul> </li> <li>- Hasil lab: 10,7</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>

Pada tabel 4.9 setelah melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1, dibuat evaluasi tindakan keperawatan selama 24 jam. Pada klien 1 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan.

Tabel 4.10 Evaluasi Asuhan Keperawatan Klien 2 dengan Ulkus Gaster dan Perforasi Gaster di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari Ke-	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1 05 November 2019 08.00	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S: - Klien mengatakan nyeri perut post op O: - Klien tampak meringis kesakitan A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
2 06 November 2019		S: - Klien mengatakan luka tidak merembes lagi O: - Luka klien tampak membaik A: Masalah sebagian teratasi P: Lanjutkan intervensi
3 08 November 2019 08.00		S: - Klien mengatakan nyeri berkurang O: - Skala nyeri 2 A: Masalah sebagian teratasi P: Lanjutkan intervensi
16.00		S: - Klien mengatakan sudah tidak nyeri lagi O: - Klien tampak rileks - Skala nyeri 0-1 A: Masalah nyeri teratasi P: Intervensi dihentikan

Pada tabel 4.10 setelah melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 2, dibuat evaluasi tindakan keperawatan selama 24 jam.

## **B. Pembahasan**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas mengenai adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada anak klien 1 dan 2 dengan kasus ulkus gaster dan perforasi gaster yang telah dilakukan di lokasi yang sama yaitu di RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur. Pada klien 1 di ruang rawat inap Flamboyan B pada tanggal 15 Oktober 2019 dan klien 2 pada tanggal 22 Oktober 2019. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Supriadi-Medicallisty, 2013).

Pengkajian pada klien 1 dilakukan pada tanggal 15 Oktober 2019 dan klien 2 pada tanggal 22 Oktober 2019. Klien 1 berusia 53 tahun dan klien 2 umur 58 tahun. Pada klien 1 memiliki keluhan utama nyeri perut, dengan riwayat penyakit sekarang nyeri didaerah lambung, nyeri hilang timbul, kehilangan nafsu makan, berat badan menurun. Sedangkan pada pasien 2 didapatkan data dari riwayat penyakit sekarang yaitu pasien

mengatakan nyeri perut kanan sejak sebulan lalu, dibawa ke IRD pada tanggal 22 Oktober, dipindahkan ke ICU karna kondisi memburuk, di tanggal 26 Oktober dilakukan operasi laparatomi, kemudian dipindah diflamboyan B dengan keadaan lemas dan meringis kesakitan dengan skala 4.

Berdasarkan teori yang ada menurut (Corwin, 2009) nyeri sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri timbul pada ulu hati, kadang-kadang disertai dengan mual-mual dan muntah dan bisa menyebabkan kehilangan nafsu makan dan penurunan berat badan.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Menurut (Yaniudy, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) ada 5 diagnosa keperawatan yang sering ditegakkan pada ulkus yaitu , Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif



berhubungan dengan disfungsi gastrointestinal, risiko hipovolemia berhubungan dengan muntah, Diagnosa keperawatan pada klien yang sesuai dengan teori antara lain:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Diagnosa yang sama dengan teori dan ditemukan pada kedua klien yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Saat pengkajian pada kedua klien didapatkan data subjektif sama-sama mengatakan nyeri pada perut /lambung. Data objektif didapatkan data pada klien 1 yaitu TTV: TD: 120/70 mmHg, N: 74x/menit, R: 18x/menit, S: 36,2°C, kekuatan otot  $\frac{5}{5} | \frac{5}{5}$ . Sedangkan pada klien 2 yaitu: TTV: TD: 170/70 mmHg, N: 67x/menit, R: 20x/menit, S: 36,4°C, kekuatan otot  $\frac{4}{4} | \frac{4}{4}$ .

Berdasarkan teori yang ada menurut (Corwin, 2009) patofisiologi ulkus peptikum yaitu terjadi pada mukosa gastroduodenal karena jaringan ini tidak dapat menahan kerja asam lambung pencernaan (asam hidroklorida dan pepsin).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur sementara data subjektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah mengeluh nyeri. Sedangkan

kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah dan proses. (PPNI, 2017)

Menurut penulis, pada klien 1 diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, menurut penulis tanda mayor yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen.

Menurut penulis pada klien 1, data objektif yang mendukung penegakan diagnosa keperawatan nyeri akut pada saat analisa data, tidak terdapat dalam pengkajian yang sudah dilakukan oleh peneliti. Sehingga terdapat ketidaksesuaian data pada pengkajian dan analisa data.

Serta metode penulisan diagnosa aktual belum sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada SDKI, dengan formulasi sebagai berikut : Masalah berhubungan dengan Penyebab dibuktikan dengan Tanda atau Gejala.

Pada klien 2, diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan wajah pasien tampak meringis dan pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan dengan skala nyeri 6 dan durasi nyeri saat timbul 1-2 menit, dimana metode penulisan diagnosa aktual pada klien 2 sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada SDKI. Namun tanda mayor yang didapatkan pada klien 2 belum

memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen.

Pada klien 2, data objektif yang mendukung penegakan diagnosa keperawatan nyeri akut pada saat analisa data, tidak terdapat dalam pengkajian yang sudah dilakukan oleh peneliti. Sehingga terdapat ketidaksesuaian data pada pengkajian dan analisa data .

b. Resiko perfusi gastrointestinal tidak adekuat berhubungan dengan disfungsi gastrointestinal

Diagnosa yang sama dengan teori dan ditemukan pada 1 klien adalah resiko perfusi gastrointestinal tidak adekuat berhubungan dengan disfungsi gastrointestinal. Saat pengkajian didapatkan data subjektif pada klien 1 adalah klien mengatakan nyeri dan klien mengatakan BAB berwarna hitam bebiji- biji. Data objektif pada klien 1 yaitu tingkat ketergantungan klien: 20 (ketergantungan mandiri) kekuatan

otot.  $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$  Sedangkan pada klien 2 yaitu tingkat ketergantungan klien: 7

(ketergantungan berat) kekuatan otot.  $\frac{5}{5} \mid \frac{4}{4}$

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Diagnosa yang ditegakkan pada 1 pasien dan sama dengan teori yaitu diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Pada klien 2 didapatkan data subjektif, klien mengatakan susah untuk menggerakkan anggota badan, klien susah untuk melakukan miring kiri dan miring kanan. Sementara data objektif yang didapatkan pada klien 2

kekuatan otot menurun, pergerakan sendi terbatas, dan skor bartel indeks klien 2 adalah 7 (ketergantungan berat).

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Kriteria mayornya yang dapat dilihat dari data objektifnya meliputi kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun dan data subjektifnya mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas. Sedangkan kriteria minornya data subjektifnya meliputi nyeri saat bergerak dan data objektifnya meliputi sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah (PPNI, 2017).

Menurut penulis pada klien 2 dengan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik, tanda mayor yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI dimana persentase minimalnya yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen.

Menurut penulis, terdapat ketidakseuaian data yang digunakan untuk menegakan diagnosa pada saat menganalisis data dengan data yang ada pada pengkajian. Dimana data subjektif dan data objektif yang mendukung untuk penegakan diagnosa gangguan mobilitas fisik pada klien 2, tidak ada pada data pengkajian.

Menurut penulis pada klien 2 dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal yang dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, dan Rentang Gerak (ROM) menurun sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual yang ada pada buku SDKI.

Diagnosa keperawatan pada 1 pasien yang terdapat kesenjangan dengan teori antara lain:

1) Gangguan integritas kulit

Diagnosa keperawatan ketiga yang ditegakkan pada klien 2 yang terdapat kesenjangan dengan teori adalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan prosedur invasif. Pada saat pengkajian didapatkan data objektif, terdapat luka operasi di perut, tidak ada rasa panas dan pembengkakan, terdapat sedikit kemerahan di area luka operasi dan Klien tampak sesekali meringis akibat nyeri.

Gangguan integritas kulit dan jaringan adalah kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan membran (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, kartilago, kapsul sendi atau ligament). Gangguan integritas kulit/jaringan adalah Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen). Kriteria mayornya yang dapat dilihat dari data objektifnya meliputi kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit. Sedangkan kriteria minornya data objektifnya meliputi nyeri, perdarahan, kemerahan dan hematoma (PPNI, 2017).

Berdasarkan teori yang ada menurut (Syarifuddin, 2011) menyatakan bahwa patofisiologi pada ulkus upaya penanganan dilakukan tindakan operasi dengan menggunakan internal fiksasi. Hal pertama yang dapat dilakukan adalah dengan insisi, dengan tindakan insisi maka akan

terjadi kerusakan pada jaringan lunak dan saraf sensoris yang akan mengakibatkan kerusakan integritas kulit.

Pada klien 2, diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif tanda mayor yang didapatkan pada klien 2 sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen.

Menurut penulis pada perumusan diagnosa keperawatan pada klien 2, penulisan diagnosa aktual belum sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada SDKI, dengan formulasi sebagai berikut : Masalah berhubungan dengan Penyebab dibuktikan dengan Tanda atau Gejala.

Menurut penulis, terdapat ketidakseuaian data yang digunakan untuk menegakan diagnosa pada saat menganalisis data dengan data yang ada pada pengkajian. Dimana data subjektif dan data objektif yang mendukung untuk penegakan diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan pada klien 2, tidak ada pada data pengkajian.

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

Diagnosa yang sama dengan teori dan ditemukan pada salah satu klien adalah defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. Saat pengkajian pada klien 2 didapatkan data subjektif nafsu makan menurun. Data objektif didapatkan data yaitu porsi

makan tidak habis, berat badan sebelum sakit 56, sesudah sakit 47, status nutrisi kurang skore 2.

Defisit nutrisi adalah berisiko mengalami asupan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Kriteria mayornya yang dapat dilihat dari data subyektifnya meliputi ketidakmampuan menelan makanan. dan data obyektifnya meliputi tidak mampu menghabiskan makanan (PPNI, 2017).

Berdasarkan teori yang ada menurut (Yaniudy, 2016) menyatakan bahwa pasien dengan ulkus akan mengalami penurunan nafsu makan. Adanya rangsangan sekresi asam yang meningkat menyebabkan mual sehingga pasien kehilangan nafsu makan.

Menurut penulis pada klien 2, diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, dibuktikan dengan pasien tidak mampu menghabiskan makanan secara mandiri, dan menurut peneliti sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada buku SDKI. Saat pengkajian tanda mayor yang didapatkan pada klien 2 belum memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI dengan persentase minimal yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen.

Menurut penulis, terdapat ketidakseuaian data yang digunakan untuk menegakan diagnosa pada saat menganalisis data dengan data yang ada pada pengkajian. Dimana data subjektif dan data objektif yang mendukung untuk penegakan diagnosa defisit nutrisi pada klien 2, tidak ada pada data pengkajian.

### 3) Defisit perawatan diri

Diagnosa kelima pada klien 2 adalah defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, memiliki kesenjangan dengan teori . Saat pengkajian didapatkan data subyektif dari pasien yang mengatakan sulit untuk merawat diri karna keterbatasan pergerakan dan dalam sehari hanya 1 kali diseka. Sementara data objektif didapatkan pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga, pasien untuk kebutuhan toileting menggunakan diapers, dan skor barthel indeks dengan kategori tingkat ketergantungan total dengan skor 7 (ketergantungan berat).

Defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Kriteria mayornya yang dapat dilihat dari data subyektifnya meliputi menolak melakukan perawatan diri dan data obyektifnya meliputi tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri serta minat melakukan perawatan diri kurang (PPNI, 2017).

Menurut penulis pada klien 2, diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien tidak mampu mandi, menggunakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri, dan minat untuk melakukan perawatan diri kurang, menurut peneliti sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada buku SDKI. Saat pengkajian tanda mayor yang didapatkan pada



klien 2 belum memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI dengan persentase minimal yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen.

Menurut penulis, terdapat ketidakseuaian data yang digunakan untuk menegakan diagnosa pada saat menganalisis data dengan data yang ada pada pengkajian. Dimana data subjektif dan data objektif yang mendukung untuk penegakan diagnosa defisit perawatan diri pada klien 2, tidak ada pada data pengkajian.

### **3. Perencanaan**

Intervensi keperawatan atau perencanaan keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016).

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dibuat setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari: menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

#### **1) Nyeri Akut**

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) pada klien 1, peneliti mencantumkan

tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil: Mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan tehnik non farmakologi), melaporkan bahwa nyeri berkurang, menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, tanda-tanda vital dalam rentang normal (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016).

Adapun intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun oleh peneliti pada pasien 1 sudah menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) antara lain, 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. identifikasi skala nyeri 3. identifikasi respon nyeri non verbal 4. identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 7. Ajarkan tehnik non farmakologi (nafas dalam) 8. Kalaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Sedangkan pada klien 2 peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil : Melaporkan nyeri terkontrol meningkat, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan menggunakan tehnik nonfarmakologis meningkat, keluhan nyeri penggunaan analgesik menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik, pola nafas membaik, tekanan darah membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Adapun intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun oleh peneliti pada pasien 2 sudah menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) antaralain, 1. Identifikasi factor pencetus dan pereda nyeri 2. Monitor kualitas nyeri 3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri 4. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 5. Monitor durasi dan frekuensi nyeri 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. fasilitasi istirahat dan tidur 8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 10. Kolaborasi pemberian obat analgetik.

Menurut teori (Tarwoto, 2015) nyeri akut dapat berkurang dengan skala nyeri 1-2 seiring dengan terapi yang diterima dan upaya untuk menurunkan nyeri seperti teknik relaksasi dan distraksi, sedangkan untuk berkurangnya skala nyeri menjadi 0 pada pasien fraktur femur dibutuhkan waktu yang cukup lama bahkan saat pertumbuhan tulang terjadi dalam waktu 8-12 minggu nyeri tersebut terkadang masih dirasakan.

Menurut peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada klien 2 sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia). Adapun kekurangan dari penerapan intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun pada klien 1 yaitu

dimana penerapan serta penulisan kriteria hasil belum sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

2) Resiko perfusi gastrointestinal tidak adekuat berhubungan dengan disfungsi gastrointestinal

Diagnosa pada klien 1 yaitu, Resiko perfusi gastrointestinal tidak adekuat berhubungan dengan disfungsi gastrointestinal peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan diharapkan kadar hemoglobin dapat teratasi dengan kriteria hasil: Tidak ada tanda-tanda anemia, menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kadar hemoglobin. (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016).

Intervensi tindakan pada diagnosa resiko perfusi gastrointestinal tidak adekuat berhubungan dengan disfungsi gastrointestinal pada klien 1 menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) antara lain, 1. Identifikasi kadar hemoglobin 2. Lakukan transfusi 3. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein dan kalori.

Meurut peneliti kelebihan dari perumusan intervensi keperawatan resiko perfusi gastrointestinal terhadap klien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kekurangannya adalah penulisan serta perumusan kriteria hasil belum sesuai dengan SLKI.

### 3) Gangguan mobilitas fisik

Diagnosa kedua pada klien 2 yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: klien meningkat dalam aktivitas fisik mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dari kemampuan berpindah (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016).

Adapun intervensi tindakan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal pada klien 2 menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) antara lain, 1. Identifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi 2. monitor ttv 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 4. Anjurkan Melakukan mobilisasi dini 5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

salah satu bentuk latihan mobilisasi pada pasien pasca operasi adalah dengan latihan rentang gerak baik secara aktif maupun pasif untuk mencegah terjadinya kontraktur, penurunan massa otot, meningkatkan peredaran darah ke ekstrimitas dan memberikan kenyamanan pada pasien, latihan rentang gerak aktif maupun pasif sedikitnya dilakukan 4 kali sehari dapat meningkatkan kekuatan otot.

Menurut peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan Gangguan mobilitas fisik yang telah disusun pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada klien 2 sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia). Dan perumusan intervensi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dengan gangguan mobilitas fisik sesuai dengan teori yang ada.

Adapun kekurangan dari penerapan intervensi tindakan gangguan mobilitas fisik yang telah disusun pada klien 1 yaitu dimana penerapan serta penulisan kriteria hasil belum sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

#### 4) Gangguan integritas kulit

Diagnosa pada klien 2 yaitu, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan prosedur invasif peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan diharapkan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil: Tidak ada tanda-tanda infeksi, menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang, menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka. (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016).

Intervensi tindakan pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan prosedur invasif, prosedur invasif

pada klien satu menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) antara lain,

1. Identifikasi karakteristik luka
2. Lakukan perawatan luka dengan tehnik steril
3. pertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka
4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
5. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein dan kalori.

Menurut teori (Sjamsuhidajat & Jong, 2010) integritas kulit dapat mencapai penyembuhan dimana proses penyembuhan luka terdiri dari 3 fase yaitu fase inflamasi, fase proliferasi dan fase maturasi/penyembuhan. Fase inflamasi terjadi dalam waktu 0-3 hari, fase proliferasi terjadi dalam waktu 3-14 hari dan fase maturasi dimulai pada hari ke-20 dan berlanjut 1-2 tahun. Dimana dalam waktu 0-3 hari pada fase inflamasi tersebut diharapkan terjadi proses penyembuhan luka.

Meurut peneliti kelebihan dari perumusan intervensi keperawatan gangguan intergritas kulit terhadap klien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kekurangannya adalah penulisan serta perumusan kriteria hasil belum sesuai dengan SLKI.

##### 5) Defisit perawatan diri

Diagnosa ke lima pada klien 2 yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan pada klien 2 peneliti mencatatkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan diharapkan perawatan diri dapat teratasi dengan kriteria hasil: Kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian

meningkat, kemampuan makan meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi tindakan pada diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan pada pasien 2 menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) antara lain, 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan berhias 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Privasi pasien) 5. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6. Bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 7. Jadwalkan rutinitas perawatan diri 8. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

Menurut teori (Lesmana, 2016) perawatan diri pasien dapat tertasi dalam waktu 3x24 jam ditandai dengan adanya peningkatan kemandirian dalam merawat diri dan melakukan aktivitas sehari-hari sehingga meminimalkan ketergantungan terhadap orang lain.

Menurut peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan pada deficit perawatan diri yang telah disusun pada klien klien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada klien 2 sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).



#### 4. Pelaksanaan

Pada tahap ini peneliti melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan. Asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan baik akibat kerja sama dari kedua klien, keluarga klien, perawat ruangan dan pembimbing lapangan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011).

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 dibagi dalam empat komponen yaitu tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. Implementasi yang dilakukan peneliti disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun.

Implementasi pada pasien 1 dilakukan dari tanggal 15 Oktober 2019 sampai 16 Oktober 2019, hari pertama dilakukan pengkajian terhadap pasien dan megajarkan terapi non farmakologi yaitu tehnik nafas dalam. Pasien tampak sedikit lebih tenang setelah melakukan tehnik nafas dalam.

Pada hari kedua pasien peneliti melakukan tindakan observasi kembali. Mengidentifikasi nyeri, mobilitas, perawatan diri dan luka pada klien. Peneliti juga melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat sesuai dengan resep dokter. klien mengatakan nyeri sudah berkurang dengan

skala nyeri 3, klien terlihat sudah bisa duduk sendiri dengan memegang pagar yang berada di sisi tempat tidur.

Implementasi pada pasien 2 dilakukan oleh peneliti dari tanggal 05 November 2019 sampai 08 November 2019, kemudian peneliti melakukan pengkajian pada klien 2. Pada hari pertama peneliti mengajarkan tehnik non farmakologi yaitu tehnik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Pasien tampak sedikit lebih tenang setelah melakukan tehnik nafas dalam.

Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang dilakukan untuk menekan nyeri pada thalamus yang dihantarkan ke korteks cerebri dimana korteks cerebri sebagai pusat nyeri, yang bertujuan agar pasien dapat mengurangi nyeri selama nyeri timbul. Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan saat relaksasi adalah pasien harus dalam keadaan nyaman, pikiran pasien harus tenang dan lingkungan yang tenang. Suasana yang rileks dapat meningkatkan hormon endorphen yang berfungsi menghambat transmisi impuls nyeri sepanjang saraf sensoris dari non septor saraf perifer ke korpus dorsalis kemudian ke thalamus, serebri, dan akhirnya berdampak pada menurunnya persepsi nyeri (Maliya, 2016)

Pada hari kedua pasien dilakukan tindakan kontrol lingkungan dan mobilisasi dini. Kontrol lingkungan bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri pasien dan memaksimalkan tehnik non farmakologis. Sedangkan mobilisasi dini bertujuan untuk memulihkan kondisi paska operasi.

Menurut teori (Maliya, 2016) hal-hal yang perlu diperhatikan saat relaksasi adalah pasien harus dalam keadaan nyaman, pikiran pasien harus tenang dan lingkungan yang tenang. Suasana yang rileks dapat meningkatkan hormon endorphen yang berfungsi menghambat transmisi impuls nyeri sepanjang saraf sensoris dari nosiseptor saraf perifer ke korpus dorsalis kemudian ke thalamus, serebri, dan akhirnya berdampak pada menurunnya persepsi nyeri

Implementasi keperawatan dilakukan dari tanggal 5 November 2019 hingga 08 November 2019. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif antar lain: pantau tanda-tanda vital, letakkan kepala dengan posisi agak ditinggikan dan dalam posisi anatomis, pertahankan keadaan tirah baring; ciptakan lingkungan yang tenang; batasi pengunjung/aktivitas klien sesuai indikasi dan berikan obat sesuai indikasi.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik antara lain: ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring), dan sebagainya dan jika memungkinkan bisa lebih sering jika diletakkan dalam posisi bagian yang terganggu, mulailah melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas saat masuk, tempatkan bantal dibawah aksila untuk melakukan abduksi pada tangan dan tinggikan tangan dan kepala.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan defisit perawatan diri antara lain: kaji kemampuan klien untuk melakukan

perawatan diri, berikan pujian pada klien tentang kebersihannya, bimbing keluarga klien memandikan/menyeka klien.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan risiko gangguan integritas kulit pada klien 2 antara lain: inspeksi seluruh area kulit, catat pengisian kapiler, adanya kemerahan, pembengkakan. Berikan perhatian khusus pada daerah belakang kepala, kulit didaerah kaus kaki atau pada lekukan dimana kulit sering tersentuh/tertekan, lakukan perubahan posisi sesering mungkin di tempat tidur ataupun sewaktu duduk, jagalah alat tenun tetap kering dan bebas dari lipatan-lipatan dan kotoran serta anjurkan klien untuk terus melakukan program latihan.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Menurut Setiadi dalam Februanti, 2019 tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.

Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 dari dua diagnosa keperawatan. Terdapat dua masalah keperawatan yang ditegakkan dan satu diagnosa keperawatan dapat teratasi.

Pada diagnosa nyeri akut, masalah teratasi ditandai dengan nyeri berkurang, klien tampak rileks, skala nyeri 3 dan klien terlihat tidak meringis lagi.

Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 2 dari lima masalah keperawatan yang muncul hanya satu masalah yang teratasi yaitu nyeri akut. Pada diagnosa nyeri akut, masalah dapat teratasi ditandai dengan nyeri berkurang, skala nyeri 3 yaitu nyeri yang dirasakan hanya sedikit seperti cubitan ringan pada area jahitan, tanda-tanda vital normal, pasien menyatakan nyaman setelah nyeri berkurang.

Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 2 dari lima diagnosa keperawatan. Pada ukus terdapat lima masalah keperawatan yang ditegakkan dan satu diagnosa keperawatan dapat teratasi.

Menurut Craven dan Hirnle (2011) evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil.

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan untuk menilai keberhasilan intervensi yang diberikan perawat untuk mengatasi masalah yang terjadi pada klien. Sesuai tujuan intervensi yang telah disusun peneliti, evaluasi tindakan keperawatan dilakukan tiap 24 jam untuk menilai kondisi perkembangan masalah keperawatan pada klien.

Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1 dari dua masalah keperawatan yang muncul hanya satu masalah yang sebagian teratasi yaitu nyeri akut.

Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 2 dari lima masalah keperawatan yang muncul hanya satu masalah yang teratasi yaitu nyeri akut.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien 1 dengan *ulkus gaster* di Ruang Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Kalimantan Timur dan klien 2 dengan *perforasi gaster* di Ruang Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Kalimantan Timur, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

##### 1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1 dan peneliti pada klien 2 sesuai dengan teori meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas sehari-hari, data psikososial, data status mental pasien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan terapi. Salah satu focus utama pengkajian pada pasien dengan post operatif fraktur adalah pengkajian nyeri dengan menggunakan metode PQRST (*Provokes/Palliates, Quality, Region/Radian, Scale/Severity, Time*), pengkajian kondisi luka/balutan luka menilai adanya infeksi pada klien.

##### 2. Diagnosa keperawatan

Menurut teori yang dikemukakan oleh penulis pada bab sebelumnya diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada pasien

ulkus sebanyak 4 diagnosa. Namun pada pasien 1 dan pasien 2 peneliti hanya menemukan 2 diagnosa yang sama dengan teori.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien 1 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, risiko perfusi gastrointestinal berhubungan dengan disfungsi gastrointestinal.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien 2 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, gangguan integritas kulit berhubungan dengan prosedur invasif, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Menurut penulis, berdasarkan data pengkajian terdapat diagnosa keperawatan lainnya yang bisa diangkat seperti, kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah dan resiko infeksi ditandai dengan efek tindakan infasive.

### 3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, Intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kejasama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.



#### 4. Pelaksanaan tindakan

Pelaksanaan tindakan pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah di buat, sesuai dengan kebutuhan kedua pasien dengan ulkus.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 selama 2 hari dan pada pasien 2 selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Respon pasien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan baik, pasien cukup kooperatif dalam pelaksanaan setiap tindakan keperawatan.

### **B. Saran**

#### 1. Bagi Peneliti

Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien ulkus yang diberikan tepat, peneliti selanjutnya harus benar-benar menguasai konsep medis tentang ulkus itu sendiri.

Selain itu peneliti harus melakukan pengkajian secara komprehensif agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien serta tidak ada masalah yang luput dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Peneliti juga harus teliti saat analisis data, dimana data subjektif dan objektif yang digunakan untuk penegakan diagnosa keperawatan harus berdasarkan data yang didapatkan saat melakukan pengkajian awal.

Pada bagian penegakan diagnosa keperawatan, diharapkan peneliti lebih teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik yang data subjektif dan data objektif agar memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

Pada intervensi keperawatan, diharapkan peneliti klien 1 dalam merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku panduan Standar luaran Keperawatan Indonesia.

Pada bagian implementasi keperawatan, diharapkan peneliti melakukan tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dirumuskan oleh peneliti agar diagnosa keperawatan yang muncul dapat teratasi. Pada bagian evaluasi keperawatan, diharapkan peneliti lebih memahami tentang konsep evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Akil, H.A.M. 2010. Tukak Duodenum. dalam: Sudoyo A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata., Setiati, S. Buku Ajar Ilmu Penyakit dalam jilid I. Edisi 5. Jakarta: Interna Publishing
- A.Price, Sylvia. (2006). Patofisiologi, konsep klinis proses-proses penyakit. Jakarta: EGC Anonim. 2011. Gejala,
- Baughman C. Diane (2011). Keperawatan Medikal Bedah. Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta.
- Corwin, Elizabeth J., 2009. Ulkus Peptikum. Dalam: Buku Saku Patofisiologi. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Dinkes Kaltim. (2012). Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI.
- DEPKES RI, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007: Laporan Nasional 2007, 2008, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta
- Mitchell, Richard N. 2009. Buku Saku Patologis Penyakit Robbins & Cotran, Ed. 7. Jakarta: EGC
- Muttaqin, 2011. Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan. Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : Salemba medika
- Nurarif, A.H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus* (Jilid 2). Jogjakarta: MediAction.
- PPNI, T. P. S.D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1<sup>st</sup> ed). Jakarta: DPP PPNI.
- Potter & Perry, (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Volume 2. Jakarta:EGC
- Putri, D. P. W. 2010. Evaluasi Penggunaan Obat Tukak Peptik pada Pasien Tukak Peptik (Peptic Ulcer Disease) di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2008. Skripsi. Fakultas Farmasi. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Ramakrishnan, K., and Robert, C. S., 2007, Peptic Ulcer Disease, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, Oklahoma, American Family Physician. 76 (7):1005-1012.

- Sulaeman. 2018. *Kesehatan Sistem Pencernaan*. <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-3831115/begini-cara-tahu-sistem-pencernaan-anda-sehat-atau-tidak> diakses pada tanggal 01 Maret 2019
- Sanusi, I. A. 2011. Tukak Lambung. In A. A. Rani, M. S. K., & A. F. Syam (Eds.), *Buku Ajar Gastroenterologi* (328–345). Jakarta: Interna Publishing.
- Smeltzer, S. C. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth*. Edisi 12. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Yaniudy. 2016. *Pathway Ulkus Peptikum*.