

BAB I

PENDAHULUAN



A. Latar Belakang

Hematemesis (muntah darah) dan melena (buang udara besar darah berwarna kehitaman) merupakan keadaan yang mengakibatkan oleh perdarahan saluran cerna bagian atas / SCBA (atas pencernaan sistem). Jauh kasus hematemesis adalah keadaan gawat dirumah sakit yang menimbulkan 8% - 14% kematian dirumah sakit. Faktor utama yang menghadiri dalam tinggi angka kematian adalah kerusakan utuk nilai masalh ini sebagai keadaan klinis yang gawat dan kesalahan berita dalam menentukan sumber perdarahan (Sudoyo AW,2009).

American society of gastrointestinal endoscopy pada tahun 2013, memperlihatkan sekitar pasien dengan perdarahan PSMBA dan penyebab paling sering ialah gastritis erosif (29,6%), ulkus duodenum (22,8%), ulkus lambung (21,9%), varises (15,4%), dan esofagotis (12,8%).

Berdasarkan data Nationwide Emergency Department tahun 2006 hingga 2011. dari 450.000 pasien kegawatan anak 20% datang dengan perdarahan saluran cerna atas dan 30% datang dengan perdarahan saluran cerna bawah. Insiden terbanyak adalah anak berusia 11-15 (50.8%) tahun dan anak perempuan lebih banyak dari pada anak laki-laki (54.5% vs 45.5%). Terjadi juga peningkatan jumlah pasien perdarahan saluran cerna dari tahun 2006 menjadi 93.30 per 100.000 anak pada tahun 2011. .

Data negara barat perdarahan karena tukak peptik menempati urutan terbanyak sedangkan di Indonesia perdarahan karena ruptur varises gastroesofagus merupakan penyebab tersering yaitu sekitar 50%-60%, gastritis erosif hemoragik sekitar 25%-30%, tukak peptik sekitar 10%-15% dan karena sebab lainnya <5% (Marcelus Simadibrata et al, 2012).

Data Indonesia sendiri berada perbedaan distribusi, data lama get bahwa lebih kurang 70% penyebab dari perdarahan Esofagus Gastrointestinal Atas adalah karena varises esofagus yang pecah. Namun bagaimanapun, diperkirakan, oleh karena semakin meningkatnya pelayanan penyakit hati kronis dan bertambahnya populasi pasien usia lanjut, maka proporsi perdarahan oleh karena ulkus peptikum akan meningkat. Data dari salah satu RS di Indonesia (RS Sanglah, Bali) didapatkan penyebab perdarahan cerna terbanyak yaitu ulkus peptikum, diikuti gastritis erosif (Marcelus Semadibrata K et al, 2012).

Data Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad, Pekanbaru dari bulan Agustus 2007 sampai dengan Agustus 2011. Delapan puluh tujuh pasien telah dilakukan endoskopi saluran cerna atas berbagai indikasi, dan juga dilakukan biopsi jika diperlukan yang diberikan oleh ahli patologi anatomi. Endoskopi saluran cerna dilakukan dengan alat Olympus Evis Exera II CV-180 tahun 2007, dengan midazolam 0,2 mg/kgbb intravena sebagai sedasi, dan lidokain spray untuk anestesi lokal pada rongga mulut.

Klien yang dilakukan endoskopi saluran cerna atas, atau gastroskopi dengan usia terbanyak antarah 5-10 (48,3%) tahun, laki - laki lebih banyak dari perempuan; 56,3% dan 43,7% dengan suku melayu lebih dominan (379%). Indikasi terbanyak dilakukan endoskopi saluran cerna atas berupah muntah darah 31,0% diikuti penyakit perut berulang 26,4% dan muntah persisten 25,3%.

Berdasarkan pengkajian RSUD Bangkinang dengan Tn U alasan masuk Rumah Sakit dengan keluhan BAB hitam tiga hari muntah 1 kali.Klien terpasang IUF, Kateter, NGT terbuka. Dengan diagnosa medis klien saat masuk Rumah Sakit PSMBA+Anemia+Hiponetimia. Riwayat kesehatan yang lalu klien pernah jatuh 5 tahun yang lalu dan tidak bisa berjalan.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana memberi asuhan keperawatan pada klien dengan Perdarahan Esofagus Gastrointestinal Atas diruangan rawat inap Bilal Bin Rabbah 1 Rumah Sakit Daerah Umum Bangkinang

C. Tujuan Studi kasus

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Perdarahan Esofagus diruangan rawat inap Bilal Bin Rabah 1 Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang

2. Tujuan Khusus

- a. Memberikan pengkajian pada klien dengan Perdarahan Esofagus diruangan rawat inap Bilal Bin Rabbah 1 Rumah Sakit Daerah Umum Bangkinang
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan Perdarahan Esofagus diruangan rawat inap Bilal Bin Rabbah 1 Rumah Sakit Umum Daerah bangkinang
- c. Menyusun rencana keperawatan pada klien dengan Perdarahan Esofagus diruangan rawat inap Bilal Bin Rabbah 1 Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang
- d. Melakukan implementasi pada klien dengan Perdarahan diruangan rawat inap Bilal Bin Rabbah 1 Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klienn dengan Perdarahan Esofagus diruangan rawat Inap Bilal Bin Rabbah 1 Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang

D. Manfaat Studi kasus

1. Manfaat Teoritis

Menambah khasanah keilmuan sehingga meningkatkan ilmu pengetahuan dalam memberi pemecahan permasalahan pada klien dengan

Perdarahan Esofagus diruangan Rawat Inap Bilal Bin Rabbah 1 Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi klien dan keluarga

Mendapatkan pengalaman serta dapat menerapkan apa yang telah dipelajari dalam penanganan kasus yang di alami dengan kasus nyata dalam pelaksanaan keperawatan

b. Bagi perawat

Asuhan keperawatan ini menjadi dasar informasi dan pertimbangan untuk menambah pengetahuan, keterampilan, serta prilaku dalam meningkatkan pelayanan perawatan pada klien dengan Perdarahan Esofagus diruangan Rawat Inap Bilal Bin Rabbah 1 Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang

c. Bagi Institusi Pendidikan Universitas Pahlawan

Hasil peneliti ini dapat di gunakan sebagai tambahan dan reperensi untuk meningkatkan kualitas pendididkan keperawatan pada klien dengan Perdarahan Esofagus diruangan rawat Inap Bilal Bin Rabbah 1 Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang

d. Bagi peneliti selanjutnya

Asuhan keperawatan ini dapat di jadikan dasar informasi dan pertimbangan peneliti selanjutnya untuk menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan Perdarahan Esofagus diruangan rawat inap Bilal Bin Rabbah 1 Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR KEPERAWATAN PERDARAHAN ESOFAGUS

1. Pengertian Melena

Melena diartikan sebagai tinja yang berwarna hitam dengan bau yang khas. Melena timbul bilamana hemoglobin dikonversi menjadi hematin atau hemokrom lainnya oleh bakteri setelah 14 jam. Umumnya melena menunjukkan perdarahan di saluran cerna bagian atas atau usus halus, namun demikian melena dapat juga berasal dari perdarahan kolon sebelah kanan dengan perlambatan mobilitas. Tidak semua kotoran hitam ini melena karena bismuth, sarcol. Lycorice, obat-obat yang mengandung besi (obat tambah darah) dapat menyebabkan feses menjadi hitam. Oleh karena itu dibutuhkan test guaiac untuk menentukan adanya hemoglobin.

2. Diagnosa Banding

Perdarahan di vartikel kolon, angiodisplasia dan kolitis iskemik merupakan penyebab tersering dari saluran cerna bagian bawah. Perdarahan saluran cerna bagian bawah yang kronik dan berulang biasanya berasal dari hemoroid dan neoplasia kolon. Tidak seperti halnya perdarahan saluran cerna bagian atas, kebanyakan perdarahan saluran cerna bagian bawah bersifat lambat, intermitan, dan tidak memerlukan perawatan rumah sakit.

Divertikulosis. Perdarahan dari divertikulum biasanya tidak nyeri dan tidak nyeri dan terjadi pada 3% pasien divertikulosis. Tinja biasanya berwarna merah marun, kadang-kadang bisa juga menjadi merah. Meskipun divertikel kebanyakan ditemukan di kolon sigmoid namun perdarahan divertikel biasanya terletak di sebelah kanan. Umumnya berhenti secara spontan dan tidak berulang, oleh karena itu tidak ada pengobatan khusus yang dibutuhkan oleh para pasien.

Angiodisplasia. Angiodisplasia merupakan penyebab 10-40% perdarahan saluran cerna bagian bawah. Angiodisplasia merupakan salah satu penyebab kehilangan darah yang kronik. Angiodisplasia kolon biasanya multipel, ukuran, kecil kurang dari diameter <5mm dan biasa terlokalisir di daerah caecum dan kolon sebelah kanan. Sebagaimana halnya dengan vaskular ekstasia di saluran cerna, jejas di kolon umumnya berhubungan dengan usia lanjut, insufisiensi ginjal, dan riwayat radiasi.

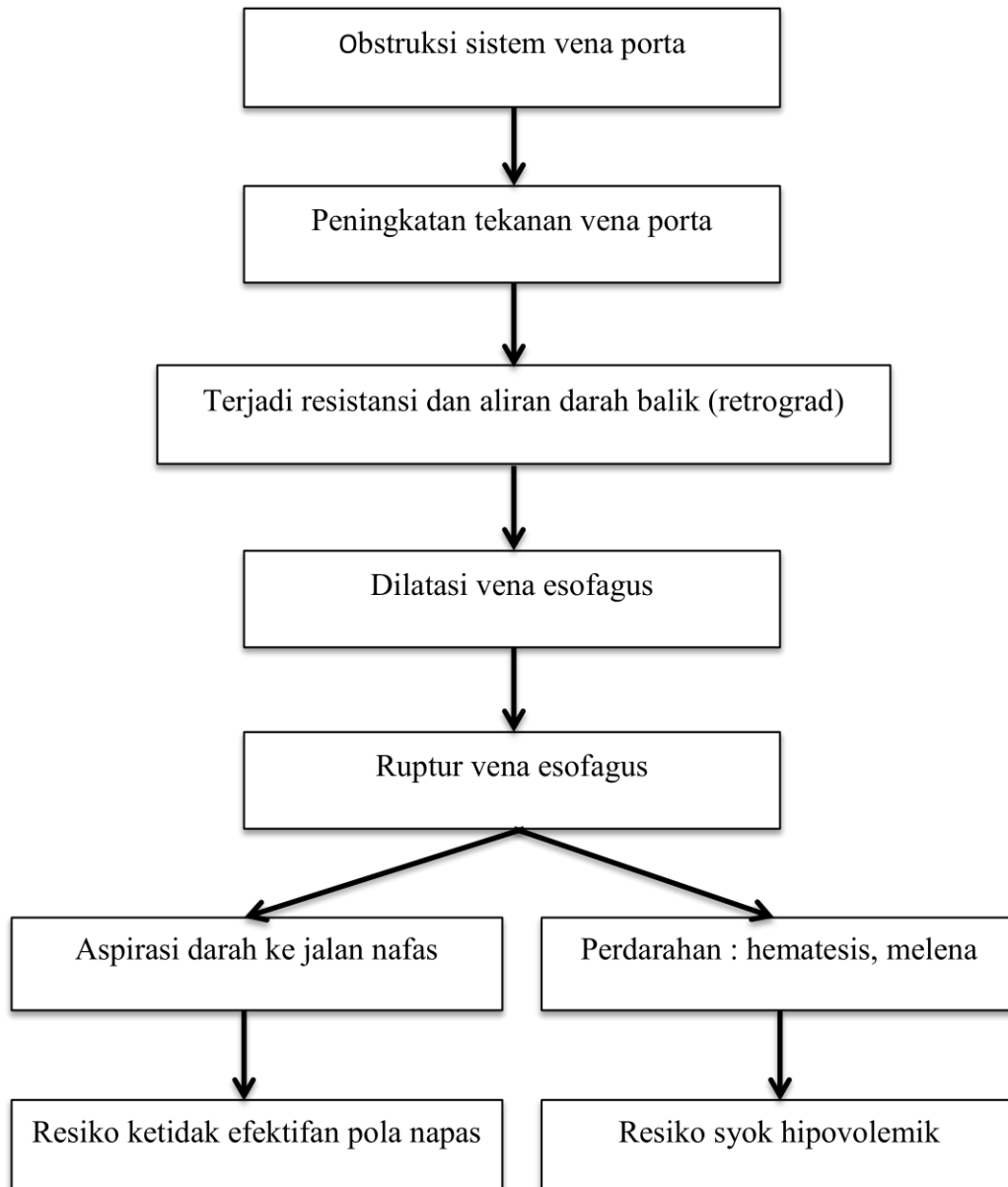
Kolitis iskemia. Kebanyakan kasus kolitis iskemia ditandai dengan penurunan aliran darah viseral dan tidak ada kaitannya dengan penyempitan pembuluh darah mesentrik. Umumnya pasien kolitis iskemia berusia tua. Dan kadang-kadang dipengaruhi juga oleh sepsis, perdarahan akibat lain, dan dehidrasi.

Penyakit perianal. Penyakit perianal contohnya: hemoroid dan fisura ani biasanya menimbulkan perdarahan dengan warna merah segar tetapi tidak bercampur dengan faeces. Berbeda dengan perdarahan dari varises rektum pada pasien dengan hipertensi portal kadang-kadang bisa

mengancam nyawa. Polip dan karsinoma kadang-kadang menimbulkan perdarahan yang mirip dengan yang disebabkan oleh hemoroid oleh karena itu pada perdarahan yang di duga dari hemoroid di perlu dilakukan pemeriksaan untuk menyingkirkan kemungkinan polip dan karsinoma kolon.

Neoplasia kolon. Tumor kolon yang jinak maupun ganas yang biasanya terdapat padapasien usia lanjut dan biasanya berhubungan denga ditemukannya perdarahan berulang atau darah samar.

**3. Patofisiologi Menurut(Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-
Bedah Diagnosis NANDA-I 2015-2017)**



4. Pemeriksaan diagnostik menurut (Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah Diagnosis NANDA-I 2015-2017)

1. Laboratorium

- a. Hitung darah lengkap (HDL) menunjukkan apakah klien anemia atau Bb rendah (normal: pria 13,5%-18 g/dL; wanita 12-16 g/dL) dan juga menunjukkan luas perdarahan (Hb dan Ht) dan bagaimana kekronisannya.
- b. Peningkatan nitrogen urea darah (*blood urea nitrogen*, BUN) dalam 24-48 jam (normal: 5-25 mg/dL) karena protein darah di pecahkan di saluran GI dan filtrasi ginjal menurun. BUN lebih dari 40 dengan kadar kreatinin normal (normal: 0,5-1,5 mg/dL) menunjukkan perdarahan mayor. BUN harus kembali ke kadar normal klien kira-kira 12 jam setelah perdarahan berhenti.

2. Prosedur diagnostik

- a. Esofagogastroduodenoskopi (EGD) merupakan prosedur pilihan untuk GI atas dan memungkinkan intervensi terapeutik (biopsi, lihasi, atau skleroterapi).
- b. Lavase nasogastrik (nasogastric lavage, NGL) dilakukan untuk tujuan diagnostik dan terapi. Sebelumnya sebagai prosedur awal standar untuk semua klien dengan perdarahan GI akut, sekarang penggunaannya diperdebatkan. Dapat memastikan perdarahan baru (tampak seperti bubuk kopi), kemungkinan perdarahan aktif (darah

merah dalam aspirat yang tidak jelas, atau aktif tidak begitu jelas, tetapi tidak menyingkirkan lesi GI atas) (cerulli,2013).

- c. Uji *H.pylori* menentukan apakah infeksi bakteri *H.pylori* menyebabkan ulkus atau iritasi lapisan lambung. Catatan: lima puluh hingga tujuh puluh persen klien lansia dengan ulkus diketahui memiliki *H.pylori* meningkatkan resiko penyakit ulkus peptikum 5-7 kali lipat, tetapi dengan penggunaan obat antiinflamasi nonstero, resiko meningkat 5-20 kali lipat.

Uji darah samar/guaiak dapat positif hingga dua minggu setelah perdarahan, dan kekurangan spesifitas untuk perdarahan akut berarti bahwa uji ini biasanya lebih bergua pada diagnosis perdarahan samar kronis. Catatan: ingesti beberapa makanan (mis., daging merah) dapat menimbulkan uji positif palsu (westhoff)

5. Pendekatan Klinis

Anamnesis dan pemeriksaan fisik

Anamnesis yang teliti dan pemeriksaan jasmani yang akurat merupakan data penting untuk menegakkan diagnosis yang tepat. Riwayat hemoroid atau IBD sangat penting untuk dicatat. Nyeri abdomen atau diare merupakan petunjuk kepada kolitis atau neoplasma. Keganasan kadang di tandai dengan penurunan berat badan, anoreksia, limfadenopati atau massa yang teraba.

6. Pemeriksaan penunjang

Endoskopi. Bila mana perdarahan saluran cerna berlangsung perlahan atau sudah berhenti maka pemeriksaan kolonoskopi merupakan prosedur diagnostik yang terpilih sebab akurasinya tinggi dalam menentukan sumber perdarahan sekaligus dapat menghentikan tindakan terapeutik. Kolonoskopi dapat menunjukkan adanya divertikel namun demikian sering tidak dapat mengidentifikasi sumber perdarahan yang sebenarnya. Pada perdarahan yang hebat pemeriksaan kolonoskopi yang dilaksanakan setelah pembersihan kolon singkat merupakan alat diagnostik yang baik dengan akurasi yang menyamai bahkan melebihi angiografi. Sebaliknya anema barium tidak mampu mendeteksi sampai 20% lesi yang ditemukan secara endoskopi khususnya jejas angioplasia.

7. Prinsip-prinsip Penatalaksanaan

Resusitasi. Resusitasi pada perdarahan saluran cerna yang akut mengikuti protokol yang juga dianjurkan pada perdarahan saluran cerna bagian atas. Dengan langkah awal menstabilkan hemodinamik.

Oleh karena perdarahan saluran cerna bagian atas yang hebat juga menimbulkan darah segar di anus maka pemasangan NGT (*nasogastric tube*) dilakukan pada kasus-kasus yang perdarahan nya kemungkinan dari saluran cerna bagian atas. Pemeriksaan laboratorium memberikan informasi serupa dengan perdarahan saluran cerna bagian atas. Pemeriksaan segera diperlakukan pada kasus-kasus yang membutuhkan transfusi lebih 3 unit *pack red cell*.

Medikamentosa. Beberapa perdarahan saluran cerna dapat diobati secara medikamentosa. Hemoroid fisura ani dan ulkus rektum soliter dapat diobati dengan *bulk-forming agent*, *sitz baths*, dan menghindari mencedakan. Salep yang mengandung steroid dan obat supositoria sering digunakan namun manfaatnya masih dipertanyakan.

Kombinasi estrogen dan progesteron dapat mengurangi perdarahan yang timbul pada pasien yang menderita angiodisplasia. IBD biasanya memberi respons terhadap obat-obatan anti inflamasi. Pemberian formalin intrarektal dapat memperbaiki perdarahan yang timbul pada proktitis radiasi. Respon serupa juga terjadi pada pemberian oksigen hiperbarik.

Terapi endoskopi. *Colonoscopic bipolar cautery, monopolar cautery, heater probe application, argon plasma coagulation, and Nd:YAG laser* bermanfaat untuk mengobati angiodisplasia dan perubahan vaskular pada kolitis radiasi. Kolonoskopi juga dapat digunakan untuk melakukan ablasi dan reseksi polip yang berdarah atau mengendalikan perdarahan yang timbul pada kanker kolon. Sigmoidoskopi dapat mengatasi perdarahan hemoroid internal dengan ligasi maupun teknik ternal.

Angiografi terapeutik. Bilamana kolonoskopi gagal atau tidak dapat dikerjakan maka angiografi dapat digunakan untuk melakukan tindakan terapeutik. Embolisasi arteri secara selektif dengan polyvinyl alcohol atau mikrokoil telah menggantikan vasopressin intraartery untuk mengatasi perdarahan saluran bagian bawah. Embolisasi angiografi

merupakan pilihan terakhir karena dapat menimbulkan infark kolon sebesar 13-18%.

Terapi bedah. Pada beberapa diagnostik (seperti diverikel meckel atau keganasan) bedah merupakan pendekatan utama setelah keadaan pasien stabil. Bedah emergensi menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang tinggi dan dapat memperburuk keadaan klinis. Pada kasus-kasus dengan perdarahan berulang tanpa diketahui sumber perdarahannya maka hemikolektomi kanan atau hemikolektomi subtotal dapat mempertimbangkan dan memberikan hasil yang baik.

8. Komplikasi.

Sebagaimana halnya perdarahan saluran cerna bagian atas, perdarahan saluran cerna bagian bawah yang masif dapat menimbulkan sequele (kondisi yang kronis) yang nyata. Perdarahan saluran cerna bagian bawah yang berulang atau kronik berhubungan dengan morbiditas dan dapat menyebabkan kebutuhan transfusi yang lebih sering dan juga dapat menguras sumber pembiayaan kesehatan. Perdarahan yang persisten biasanya berasal dari usus halus dan tidak dapat dijangkau dengan tindakan terapi endoskopi, hanya dapat dilakukan diagnosis aja.

9. Endoskopi

Terapi endoskopi di tujukan pada perdarahan tukak yang masih aktif atau tukak dengan pembuluh darah yang tampak. Metode terapinya meliputi:

- a. *Contact thermal* (monopolar atau bipolar elektrokoagulasi, heater probe)

- b. *Noncontact thermal* (laser)
- c. *Nonthermal* (misalnya suntikan adrenalin, polidokanol, alkohol, cyanocrylate, atau pemakaian klip)

10. Terapi Radiologi

Terapi angiografi perlu dipertimbangkan bila perdarahan tetap berlangsung dan belum bisa ditentukan asal perdarahan, atau bila terapi endoskopi dinilai gagal dan pembedahan sangat beresiko. Tindakan hemostasis yang bisa dilakukan dengan penyuntikan vasopressin atau embolisasi arterial. Bila dinilai tidak ada kontraindikasi dan fasilitas dimungkinkan, pada perdarahan varises dapat dipertimbangkan TIPS (*transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt*).

11. Pembedahan

Pembedahan pada dasarnya dilakukan bila terapi medik, endoskopi dan radiologi dinilai gagal. Ahli bedah seyogyanya dilibatkan sejak awal dalam bentuk tim multidisipliner pada penelolan kasus perdarahan SCBA untuk menentukan waktu yang tepat kapan tindakan bedah sebaiknya dilakukan.

ASUHAN KEPERAWATAN ESOFAGUS

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap yang sistematis dalam pengumpulan data tentang individu, keluarga, dan kelompok (Carpenito dan Moyet 2007, dalam Haryanto 2008). Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual

Pengkajian yang muncul tentang perdarahan esofagus menurut (Rencana asuhan keperawatan Medikal-Bedah: Diagnosis NANDA-I 2015-2017)

- a. Kelelahan.
- b. Palpitasi.
- c. Pusing dengan perubahan posisi.
- d. Faktor stress akut kronis akibat keuangan, hubungan, atau pekerjaan.
- e. Perasaan tidak berdaya.
- f. Perubahan pola defekasi yang biasa dan karakteristik feses.
- g. Pingsan, pusing, pening atau kelemahan.
- h. Nyeri digambarkan sebagai nyeri yang tajam, tumpul, membakar, menggerogoti, mendadak, menyiksa (perforasi).
- i. Nyeri nokturnal dialami oleh banyak orang.
- j. Sensasi samar akan ketidaknyamanan atau distress setelah makan banyak dan berkurang dengan makanan (gastritis akut).

- k. Nyeri epigastrik kiri hingga tengah yang dapat menjalar ke punggung, sering disertai dengan muntah setelah makan dan berkurang dengan antasida (ulkus lambung).
- l. Nyeri yang menggorogoti dan membakar pada epigastrik kanan hingga tengah setempat terjadi sekitar 2-3 jam. setelah makan ketika lambung kosong dan berkurang dengan makanan atau antasida (ulkus duodenum).
- m. Nyeri dan rasa terbakar pada epigastrik tengah dengan regurgitasi masalah GI terkait, seperti ulkus, peritikum atau ulkus lambung, gastritis, bedah lambung, iradiasi area lambung.
- n. Penggunaan obat beresep atau yang di jual bebas baru-baru ini, saat ini, atau kronis yang mengandung asam asetilsalisilat (*acetylsalicylic acid*, ASA), steroid, atau obat antiinflamasi nonsteroid (obat anti inflamasi nonsteroid adalah penyebab utama perdarahan GI karena obat).
- o. Penggunaan alkohol kronis atau obat terlarang.

Temuan pemeriksaan fisik menurut (Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah Diagnosi NANDA-I 2015-2017)

1. Takipnea, hiperventilasi sebagai respons terhadap aktivitas
2. Hipotensi termasuk postural
3. Takikardia, disritmia terkait hipovolemia dan hipoksemia
4. Denyut nadi perifer lemah dan hampir tidak teraba
5. Pengisian kapiler lambat atau tertunda akibat vasokonstriksi
6. warna kulit pucat, sianosis tergantung jumlah darah yang hilang

7. kulit dan membran mukosa lembab menunjukkan diaforesis yang mencerminkan status syok, nyeri akut, dan kemungkinan reaksi emosional
8. Tanda asietas, seperti gelisah, pucat, diaforesis, fokus sempit, gemetar, suara bergetar
9. Nyeri tekan dan distensi abdomen
10. Bising usus sering hiperaktif selama perdarahan, hipoaktif setelah perdarahan berkurang
11. Diare; fese gelap dan berdarah, seperti ter; konstipasi dapat terjadi akibat perubahan diet atau penggunaan antasida
12. Haluaran urine dapat menurun atau pekat
13. Tingkat kesadaran dapat berubah, berkisar dari agak mengantuk, disorientasi, dan konfusi hingga stupor dan koma
14. Wajah menywringai
15. Menahan area yang terkena
16. Fokus sempit

Pemeriksaan diagnostik menurut (Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah Diagnosis NANDA-I 2015-2017)

1. Laboratorium
 - a. Hitung darah lengkap (HDL) menunjukkan apakah klien anemia atau Bb rendah (normal: pria 13,5%-18 g/dL; wanita 12-16 g/dL) dan juga menunjukkan luas perdarahan (Hb dan Ht) dan bagaimana kekronisannya.

- b. Peningkatan nitrogen urea darah (*blood urea nitrogen*, BUN) dalam 24-48 jam (normal: 5-25 mg/dL) karena protein darah di pecahkan di saluran GI dan filtrasi ginjal menurun. BUN lebih dari 40 dengan kadar kreatinin normal (normal: 0,5-1,5 mg/dL) menunjukkan perdarahan mayor. BUN harus kembali ke kadar normal klien kira-kira 12 jam setelah perdarahan berhenti.

Prosedur diagnostik

- a. Esofagogastroduodenoskopi (EGD) merupakan prosedur pilihan untuk GI atas dan memungkinkan intervensi terapeutik (biopsi, lihasi, atau skleroterapi).
- b. Lavase nasogastrik (nasogastric lavage, NGL) dilakukan untuk tujuan diagnostik dan terapi. Sebelumnya sebagai prosedur awal standar untuk semua klien dengan perdarahan GI akut, sekarang penggunaannya diperdebatkan. Dapat memastikan perdarahan baru (tampak seperti bubuk kopi), kemungkinan perdarahan aktif (darah merah dalam aspirat yang tidak jelas, atau aktif tidak begitu jelas, tetapi tidak menyingkirkan lesi GI atas) (cerulli, 2013).
- c. Uji *H.pylori* menentukan apakah infeksi bakteri *H.pylori* menyebabkan ulkus atau iritasi lapisan lambung. Catatan: lima puluh hingga tujuh puluh persen klien lansia dengan ulkus diketahui memiliki *H.pylori* meningkatkan resiko penyakit ulkus peptikum 5-7 kali lipat, tetapi dengan penggunaan obat antiinflamasi nonstero, resiko meningkat 5-20 kali lipat.

d. Uji darah samar/guaiak dapat positif hingga dua minggu setelah perdarahan, dan kekurangan spesifitas untuk perdarahan akut berarti bahwa uji ini biasanya lebih bergua pada diagnosis perdarahan samar kronis. Catatan: ingesti beberapa makanan (mis., daging merah) dapat menimbulkan uji positif palsu (westhoff,2004).

2. Diagnosa penyebab perdarahan saluran cerna bagian atas menurut (Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam)

Penyebab perdarahan SCBA dengan frekuensi sekitar 50% . Walaupun pengelolaan perdarahan SCBA telah banyak berkembang namun mortalitasnya relatif tidak berubah, masih berkisar 8-10%. Hal ini dikarenakan bertambahnya kasus perdarahan dengan usia lanjut, dan akibat komorbiditas yang menyertai.

Sarana diagnostik yang bisa digunakan pada kasus perdarahan saluran makanan ialah endoskopi gastrointestinal, radiografi dengan barium, radionuklid, dan angiografi. Pada semua pasien dengan tanda-tanda perdarahan SCBA atau yang asal nya perdarahannya masih meragukan pemeriksaan endoskopi SCBA merupakan prosedur pilihan. Dengan pemeriksaan ini sebagian besar kasus diagnosa penyebab nya perdarahan bisa ditegakkan. Selain itu endoskopi bisa pula dilakukan upaya teraupetik. Bila perdarahan masih tetap berlanjut atau asal perdarahan sulit diidentifikasi perlu dipertimbangkan pemeriksaan dengan radionuklid atau angiografi yang sekaligus bisa digunakan untuk menghentikan perdarahan.

Adapun hasil tindakan endoskopi atau angiografi sangat tergantung tingkat keahlian, keterampilan, dan pengalaman pelaksana.

Tujuan pemeriksaan endoskopi selain menemukan penyebab serta asal perdarahan. Forest membuat klasifikasi perdarahan tukak peptik atas dasar temuan endoskopi yang bermanfaat untuk menentukan tindakan selanjutnya

Tabel 2.1 Kasifikasi Aktivitas Perdarahan Tukak Peptik menurut Forest

Aktivitas Perdarahan	Kriteria Endoskopis
Forest Ia – perdarahan aktif	Perdarahan arteri menyembur.
Forest Ib – perdarahan aktif	Perdarahan merembes
Forest II – perdarahan berhenti dan masih terdapat sisa-sisa perdarahan	Gumpalan darah pada dasar tukak atau terlihat pembuluh darah Lesi tanpatanda sisa perdarahan
Forest III – perdarahan berhenti tanpa sisa perdarahan	perdarahan

3. Intervensi/Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana, kapan dilakukan, siapa melakukan dari semua tindakan keperawatan (Darmawan, 2012)

Diagnosis, Hasil, dan Intervensi Keperawatan Menurut (Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah Diagnosis NANDA-I 2015-2017).

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC)	Intervensi (NIC)
<p>Resiko Perdarahan</p> <p>Faktor risiko: Gangguan gastrointestinal (penyakit ulkus lambung, varises, dll.)</p> <p>Definisi: Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan</p>	<p>Keparahan Kehilangan Darah:</p> <p>Tidak ada tanda perdarahan pada aspirat GI atau feses, dengan stabilisasi Hb dan Ht/</p> <p>Hidrasi:</p> <p>Menunjukkan peningkatan keseimbangan cairan yang ditandai dengan secara individual haluaran urine adekuat</p>	<p>Penurunan Perdarahan: Gastrointestinal</p> <p>Independen</p> <p>a. Catat warnah dan karakteristik muntah, drainase siang nasogastrik (NG), dan feses.</p> <p>b. Pantau tanda-tanda vital; bandingkan dengan tanda-tanda vital normal klien dan tanda-tanda vital sebelumnya. Ukur tekanan darah (TD) pada posisi berbaring ,duduk,dan berdiri jika memungkinkan.</p> <p>c. Catat respons fisiologis</p>

	<p>dengan berat jenis normal, tanda-tanda vital stabil, membran mukosa lembab, turgor kulit baik, dan pengisian kapiler cepat.</p>	<p>individual klien terhadap perdarahan, seperti perubahan mental, lemah, gelisah, ansietas, pucat, diaforesis, takpnea, dan peningkatan suhu tubuh.</p> <p>d. Ukur tekanan vena sentral (central venous pressure, CVP) jika tersedia.</p> <p>e. Pantau asupan dan haluaran (I&O) dan kolerasikan dengan perubahan berat badan. Ukur kehilangan darah dan cairan via emesis, pengisapan atau lavase lambung, dan feses.</p> <p>f. Pertahankan catatan akurat sub total larutan dan produk darah selama terapi penggantian</p> <p>g. Pertahankan tirah baring;</p>
--	--	---

		<p>cegah muntah dan mendedan saat defekasi.</p> <p>Jadwalkan aktivitas untuk menyediakan waktu istirahat ang tidak terganggu hilangkan stimulus yang berbahaya.</p> <p>h. Catat tanda perdarahan baru setelah perdarahan awal berhenti.</p> <p>i. Observasi perdarahan sekunder dari hidung atau gusi, merembes dari area pungsi, atau tampilan area ekimosis setelah trauma minimal.</p> <p>Kolaboratif</p> <p>a. Siapkan endoskopi urgen (mendesak)</p> <p>b. Pantau pemeriksaan laboratorium: Hb, Ht, hitung SDM, dan kadar BUN /Cr.</p>
--	--	---

		<p>c. Beri cairan intravena (IV) atau ekspander volume, sesuai indikasi:</p> <p>d. Larutan natrium klorida 0,9%, larutan Ringer laktat.</p> <p>e. Darah lengkap segar atau SDM kemasan</p> <p>f. Trombosit</p> <p>g. Plasma beku segar (fresh frozen plasma,FFP)</p> <p>h. Pasang dan pertahankan NGT berlubang besar pada perdarahan akut.</p> <p>i. Lakukan lavase lambung dengan salin dingin atau bersuhu ruangan sampai aspirat berwarna merah muda atau jernih dan tidak ada bekuan.</p> <p>Pengisapan lambung bertekanan rendah yang simultan dan infusi salin</p>
--	--	---

		<p>kontinu melalui portal udara pada slang salem sump juga sapat digunakan.</p> <p>j. Beri medikasi, sesuai indikasi, seperti penekan asam:</p> <p>Inhibitor pompa proton (proton pump inhibitor, PPI), seperti omeprazol, diberikan melalui rute yang benar (mis., awalnya melalui IV yang dilanjutkan dengan terapi oral jangka panjang)</p> <p>Antagonis reseptor histamin-2 (H2RA), seperti simetidin, ranitidin, famotidin, nizatidin</p> <p>Analog somatostatin, mis., oktreotida, vapreotida, vasopresin</p> <p>Antiinfeksi, seperti</p>
--	--	---

		<p>metronidazol, amoksilin, dan klaritromisin.</p> <p>k. Bantu dengan dan siapkan klien untuk prosedur GI, seperti berikut ini:</p> <p>EGD dengan kontrol</p> <p>Perdarahan GI, mis.,:</p> <p>Terapi injeksi</p> <p>Koagulasi termal</p> <p>Ligasi varises endoskopik (<i>endoscopic variceal ligation, EVL</i>)</p> <p>Skleroterapi injeksi endoskopik (<i>endoscopic injection sclerotherapy, EIS</i>)</p> <p>Tamponade balon</p> <p>Terapi elektrokoagulasi atau fotokoagulasi (laser)</p> <p>Intervensi radiologis, seperti pirau potosistemik intrahepatik transjugular (<i>transjugular intrahepatic</i></p>
--	--	--

		<p><i>portosystemic shunt, TIPS)</i></p> <p>Intervensi bedah</p> <p>(mis., gastrektomi parsial atau total; prosedur piraou).</p>
<p>Risiko syok</p> <p>Faktor risiko:</p> <p>Hipovolemia</p> <p>Definisi:</p> <p>Rentan</p> <p>mengalami</p> <p>ketidakcukupan</p> <p>aliran darah ke</p> <p>jaringan tubuh,</p> <p>yang dapat</p> <p>mengakibatkan</p> <p>disfungsi seluler</p> <p>yang mengancam</p> <p>jiwa, yang dapat</p> <p>mengganggu</p> <p>kesehatan.</p>	<p>Status sirkulasi:</p> <p>Mempertahankan</p> <p>dan memperbaiki</p> <p>perfusi jaringan</p> <p>yang ditandai</p> <p>dengan tanda-tanda</p> <p>vital stabil, kulit</p> <p>hangat, denyut</p> <p>nadiperifer teraba,</p> <p>GDA dalam batas</p> <p>normal klien, dan</p> <p>haluaran urine</p> <p>adekuat.</p>	<p>Pencegahan syok:</p> <p>Independen</p> <p>a. Periksa perubahan tingkat kesadaran dan laporan tentang pusing atau sakit kepala.</p> <p>b. Periksa laporan nyeri dada. Catat lokasi, kualitas, durasi, dan apa yang meredakan nyeri.</p> <p>c. Auskultasi denyut nadi apikal. Pantau frekuensi dan irama jantung jika elektrokardiogram (EKG) berkelanjutan tersedia dan diindikasikan.</p> <p>d. Kaji kulit untuk mengetahui adanya kedinginan; pucat;</p>

		<p>daforesis; pengisian kapiler lambat; dan denyut nadi perifer yang lemah dan hampir tidak teraba.</p> <p>e. Catat haluaran urine dan berat jenis urine. Pasang kateter foley untuk mengukur urine secara akurat, sesuai indikasi.</p> <p>f. Catat laporan nyeri abdomen, terutama nyeri yang mendadak dan hebat atau nyeri yang menyebar ke bahu.</p> <p>g. Observasi kulit untuk mengetahui adanya pucat dan kemerahan. Masase dengan perlahan menggunakan losion. Ubah posisi dengan sering.</p> <p>Kolaboratif</p> <p>a. Pantau GDA dan oksimetri nadi</p>
--	--	---

		<p>b. Berikan indikasi oksigen tambahan jika diindikasikan</p> <p>c. Beri cairan IV, sesuai indikasi</p>
<p>Ansietas</p> <p>Yang berhubungan dengan: Perubahan status kesehatan, ancaman kematian</p> <p>Definisi: Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui</p>	<p>Kontrol Diri Terhadap Ansietas</p> <p>a. Mendiskusikan kekhawatiran dan ketakutan mengenai ketakutan yang sehat versus yang tidak sehat.</p> <p>b. Menyatakan rentang perasaan yang sesuai.</p> <p>c. Tampak relaks dan melaporkan</p>	<p>Penurunan Ansietas: Independen</p> <p>a. Pantau respons fisiologi, seperti takipnea, palpitasi, pusing, sakit kepala, sensasi kesemutan, dan isyarat perilaku, seperti gelisah, iritabilitas, kurang kontak mata, dan perilaku melawan atau menyerang.</p> <p>b. Dorong menyatakan kekhawatiran. Bantu klien dalam mengungkapkan perasaan dengan mendengar aktif.</p> <p>c. Akui bahwa saat ini merupakan situasi yang menakutkan dan bahwa</p>

<p>oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.</p>	<p>ansietas berkurang ketingkat yang dapat ditangani. d. Mendemons- trasikan penyelesaia- n masalah dan penggunaan sumber yang efektif.</p>	<p>orang lain mengungkapkan ketakutan yang sama. d. Beri informasi yang akurat dan konkret tentang apa yang dilakukan, termasuk perasaan yang diharapkan dan prosedur biasa yang dilakukan. e. Beri lingkungan yang tenang dan nyaman. f. Dorong orang terdekat untuk menenmani klien, jika mampu. Respon panggilan dengan segera. Gunakan sentuhan dan kontak mata, jika teat. g. Beri kesempatan kepada orang terdekat untuk mengungkapkan perasaan dan kekhawatiran. Dorong orang terdekat untuk menunjukkan sikap positif</p>
--	---	---

		<p>dan realistis.</p> <p>h. Demonstrasikan dan dorong teknik relaksasi, seperti visualisasi, latihan napas dalam, dan imajinasi terbimbing.</p> <p>i. Bantu klien mengidentifikasi dan memulai perilaku coping positif yang berhasil digunakan di masa lalu.</p> <p>j. Dorong dan dukung klien dalam evaluasi gaya hidup.</p> <p>Kolaboratif</p> <p>a. Berikan medikasi, sesuai indikasi, seperti diazepam, klorazepat, alprazolam.</p> <p>b. Rujuk keperawat klinik spesialis psikiatri, layanan sosial, dan penasihat spritual.</p>
--	--	---

Nyeri akut	Level Nyeri	Manajemen Nyeri
<p data-bbox="320 376 580 562">Yang berhubungan dengan:</p> <p data-bbox="320 600 580 1294">a. Agens kimiawi (asam lambung yang membakar mukosa lambung/rongga mulut)</p> <p data-bbox="320 1332 580 1951">b. Respons fisik (seperti spasme otot refleks pada dinding lambung)</p>	<p data-bbox="580 376 871 562">a. Menyatakan nyeri mereda.</p> <p data-bbox="580 600 871 1144">b. Menunjukkan postur tubuh yang relaks dan mampu tidur atau istirahat dengan tenang bergang baik.</p>	<p data-bbox="871 376 1345 416">Independen</p> <p data-bbox="871 454 1345 1951"> a. Catat laporan nyeri, termasuk lokasi, durasi, dan intensitas (skala 0-10, atau skala yang mirip). b. Tinjau faktor yang memperparah atau mengurangi nyeri. c. Catat isyarat nyeri nonverbal, seperti gelisah, enggan bergerak, menahan abdomen, takikardia, dan diaforesis. Periksa ketidakcocokan antara isyarat verbal dan nonverbal. d. Beri makanan porsi kecil dan sering, sesuai indikasi untuk klien individual. e. Beri/dorong asupan air, minimal 1,4 L/hari dan segelas air pada setiap episode nyeri, jika </p>

<p>Definisi:</p> <p>Pengalaman sensorial dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat</p>		<p>memungkinkan dan tidak dikontraindikasi.</p> <p>f. Dorong klien untuk menghindari merokok.</p> <p>g. Beri perawatan mulut yang sering.</p> <p>Kolaboratif</p> <p>a. Beri dan implementasikan modifikasi diet yang diprogramkan.</p> <p>b. Beri medikasi, sesuai indikasi:</p> <p>c. Analgesik, seperti morfin sulfat, ketorolak</p> <p>d. Antasida</p> <p>e. Antagonis reseptor histamin-2 (H2RA), seperti simetidin, ranitidin, famotidin, nizatidin.</p>
--	--	---

diantisipasi atau diprediksi.		
<p>Defisiensi pengetahuan</p> <p>Yang berhubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kurang informasi atau mengingat b. Salah pengertian terhadap informasi c. Tidak mengetahui sumber informasi <p>Definisi: Ketiadaan atau</p>	<p>Pengetahuan: Manajemen Penyakit Akut</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menyatakan pemahaman tentang penyebab episode perdarahan dirinya, jika diketahui, dan modalitas terapi yang digunakan. b. Mulai mendiskusikan peran dirinya dalam mencegah 	<p>Penyuluhan: Proses Penyakit</p> <p>Independen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tentukan persepsi klien tentang penyebab perdarahan. b. Beri dan tinjau informasi mengenai etiologi perdarahan, hubungan perilaku gaya hidup, dan cara mengurangi resiko dan faktor pendukung. Dorong untuk bertanya. c. Tinjau regimen obat, kemungkinan efek samping, dan interaksi dengan obat lain, jika tepat. d. Dorong klien untuk menginformasikan kepada semua penyedia layanan

<p>defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p>	<p>kekambuhan</p> <p>c. Mengidentifikasi dan mengimplementasikan perubahan gaya hidup yang diperlukan.</p> <p>d. Berpartisipasi dalam regimen terapi.</p>	<p>kesehatan tentang riwayat perdarahan.</p> <p>e. Tekankan pentingnya membaca label obat yang dijual bebas dan menghindari produk yang mengandung aspirin. Diskusikan penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid lain untuk meredakan nyeri, dan rekomendasikan alternatif.</p> <p>f. Tinjau tanda dan gejala signifikan, seperti emesis kopi bubuk, feses seperti ter, distensi abdomen, dan nyeri, epigastrik dan abdomen hebat yang menyebar ke bahu atau punggung.</p> <p>g. Diskusikan pentingnya berhenti merokok. Rujuk ke kelompok dukungan</p>
--	---	--

		<p>dan penyedia layanan kesehatan untuk bantuan, sesuai keinginan klien, dengan terapi seperti permen pengganti nikotin atau obat anti merokok.</p> <p>h. Rujuk ke kelompok dukungan atau konseling, sesuai indikasi.</p>
--	--	---

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien (Riadi,2010)

Implementasi keperawatan adalah pengelelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi,2012)

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan (Manuru,2011)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan Desain

Desain penelitian merupakan bentuk rancangan yang digunakan dalam melakukan prosedur penelitian (Hidayat, 2008). Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Nursalam, 2008).

Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien Perdarahan Esofagus Rumah Sakit Umum Bangkinang

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Studi kasus ini adalah studi kasus individu (di Rumah Sakit) yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Bangkinang dan dilakukan pada bulan April 2019 dengan lama waktu penelitian sejak klien pertama kali masuk Rumah Sakit.

C. Subjek Studi Kasus

Unit analisis atau partisipan dalam keperawatan umumnya adalah klien dan keluarganya. Subyek yang digunakan pada studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan ini adalah 1 klien atau 1 kasus dengan diagnosis medis Perdarahan Esofagus dan masalah keperawatan yang sama. Pada studi kasus ini subyek penelitian yang digunakan adalah 1 klien dengan diagnosis medis Perdarahan Esofagus.

D. Fokus Studi

Fokus studi penelitian biasanya identik dengan variable penelitian atau yang menjadi faktor perhatian (Arikunto, 2006: 128). Fokus studi merupakan kajian utama dari permasalahan yang akan dijadikan titik acuan studi, yang akan menjadi fokus studi adalah

Perdarahan Esofagus adalah perdarahan yang terjadi pecahnya varies esofagus, yaitu adanya pembesaran abnormal pembuluh darah vena di esofagus bagian bawah. Kondisi yang biasanya berhubungan dengan sirosis dan hipertensi portal ketika vena esofagus kecil menjadi distensi dan reftur akibat peningkatan tekanan dalam sistem portal.

E. Definisi Operasional Fokus Studi

Untuk menghindari kesalahan dalam memenuhi judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang di gunakan dalam peneliti ini sebagai berikut:

1. Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu tindakan atau proses dalam praktik keperawatan yang memerlukan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien atau keluarga (Nursalam, 2001). Asuhan keperawatan terdiri dari lima tahap 64 yang berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Nursalam, 2001). Asuhan keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan pasien dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan (Hidayat, 2009).

2. Perdarahan Esofagus

adalah perdarahan yang terjadi pecahnya varies esofagus, yaitu adanya pembesaran abnormal pembuluh darah vena di esofagus bagian bawah. Kondisi yang biasanya berhubungan dengan sirosis dan hipertensi portal ketika vena esofagus kecil menjadi distensi dan reftur akibat peningkatan tekanan dalam sistem portal.

F. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data. Sebelum mengumpulkan data, perlu adanya alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat

hasil penelitian (Hidayat, 2008). Dalam penelitian ini alat ukur yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2008). Pada studi kasus ini sumber data diperoleh dari hasil wawancara terhadap keluarga klien dan perawat lainnya.

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti (Hidayat, 2008). Pada studi kasus ini observasi dan pemeriksaan fisik menggunakan pendekatan IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada semua sistem tubuh klien.

3. Studi dokumentasi dan angket

Pada studi dokumentasi dan angket, pengumpulan data diperoleh dengan melihat atau menganalisis dokumen-dokumen hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan. Pada penelitian ini prosedur pengumpulan data dimulai dari pra penelitian dengan melakukan studi pendahuluan .

Untuk langkah-langkah pengumpulan datanya adalah sebagai berikut:

- 1) Peneliti meminta ijin kepada Kepala Rumah Sakit Umum Bangkinang dan kepala bagian keperawatan Rumah Sakit Umum bangkinang untuk melakukan penelitian dengan mengajukan surat permohonan ijin penelitian dari universitas pahlawan tuanku tambusai
- 2) Setelah mendapatkan ijin dari Kepala Rumah Sakit Umum Bangkinang dan kepala bagian keperawatan Rumah Sakit Umum Bangkinang untuk melakukan penelitian,

peneliti kemudian meminta izin kepada kepala ruang Bilal Bin Rabbah 1 untuk melakukan penelitian dengan mengajukan surat keterangan diperbolehkan untuk melakukan penelitian dari kepala Rumah Sakit Umum Bangkinang dan Kepala bagian keperawatan Rumah Sakit Umum Bangkinang

- 3) Setelah mendapatkan izin dari Kepala ruang Bilal Bin Rabbah 1, peneliti menentukan dua responden penelitian sesuai dengan kriteria unit analisis (subjek penelitian).
- 4) Setelah menemukan dua responden peneliti menjelaskan maksud, tujuan manfaat, dan prosedur selama penelitian.
- 5) Peneliti meminta persetujuan penanggung jawab atau keluarga dari responden untuk dijadikan subjek penelitian dengan mengisi informed consent.
- 6) Setelah mendapatkan persetujuan dari Keluarga atau penanggung jawab responden, peneliti mengumpulkan data klian dengan wawancara, pemeriksaan fisik, observasi untuk memperoleh data primer, dan studi dokumentasi untuk memperoleh data sekunder.
- 7) Pada hari pertama peneliti melakukan pengkajian pada klien Pada pukul 09.00. Setelah data dari pengkajian sudah terkumpul, peneliti kemudian merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul. Setelah merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas, peneliti kemudian menyusun intervensi sesuai dengan masing-masing diagnosa. Pada pukul 13.00-17.00 peneliti melakukan observasi dan implementasi sesuai dengan rencana yang sudah peneliti susun sebelumnya. Pada pukul 17.00 peneliti melakukan evaluasi dan melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yang sudah dilakukan.

G. Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara 70 observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur). Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4. Kesimpulan Dari

data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

H. Etik Penelitian

Pada penelitian ini dicantumkan etika yang menjadi dasar penyusunan studi kasus yang terdiri dari:

1. Hak untuk self determination

Klien memiliki otonomi dan hak untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami dengan baik, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini untuk mengundurkan diri dari penelitian ini

2. Hak terhadap privacy and dignity

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2008)

3. Anonymity dan Confidentiality

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2008).

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2008).

4. Hak untuk mendapatkan penanganan yang adil

merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien (Hidayat, 2008).

5. Hak terhadap perlindungan dari ketidaknyamanan atau kerugian

klien dilindungi dari eksploitasi dan peneliti harus menjamin bahwa semua usaha dilakukan untuk meminimalkan bahaya atau kerugian dari suatu peneliti, serta memaksimalkan manfaat dari peneliti.