

BAB IV
PENELITIAN
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambran lokasi pengambilan data

Pada studi kasus ini penelitian dilakukan di ruangan bilal 1 Rumah Sakit Umum Bangkinang yang beralmat di batuh belah kabupaten kampar, Rumah Sakit Umum Bangkinang adalah Rumah Sakit kelas 1,2 dan 3 juga vip

Di rumah sakit umum bangkinang sudah banyak memiliki dokter spesialis gigi,bedah, ahli jiwa. Penelitian juga mengambil studi kasus di ruangan pejuang merupakan kelas III yang terdiri 44 bed dan jumlah perawat 19 orang

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Nama : Tn.U
Umur : 73 TAHUN
Pendidikan : SD
Suku Bangsa : Melayu
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Islam
Status Perkawinan : menikah
Alamat : Naga beralih

No.Telp/HP : 082285780722

No. Medical Record : 170045

Ruang Rawat : Bilal 1

Golongan Darah : A

b. Penanggung Jawab

Nama : Siti khodijah

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Alamat :Batu bersurat

No. Tlpn/HP : -

c. Data Saat Masuk

Tanggal Masuk RS : 20-april-1019

Jam Masuk RS : 19.40

Yang Mengirimi/Merujuk : Keluarga

Cara Masuk : IGD

Alasan Masuk/Chief Complain : BAB berdarah 3x/ hari dan muntah

Diagnosa Medis Saat Masuk : Dx. Perdarahan Esofagus+ anemia

Ruang Rawat : Bilal 1

Diagnosa medis :Perdarahan Esofagus+anemia

Saat Pengkajian :Perdarahan Esofagus+anemia

2. Riwayat Kesehatan Sekarang :

1. Keluhan Utama /Gejala : pasien mengatakan nyeri di ulu hati, lengan dan kaki terasa nyeri.
2. Kondisi atau keadaan klien saat pengkajian (menggunakan alat bantu ,jelaskan): pada tanggal 23-4-2019 pasien (terpasang Infu, kateter dan ngt terbukia)
3. Masalah keperawatan : Gangguan rasa nyeri
Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3. Riwayat Pengobatan Terakhir

Apakah sudah berobat : () ya () tidak

Bila berobat kemana : Dokter

Penanganan yang diterima : () dirawat

() berobat jalan

() obat obatan

Bila di rawat kemana : Penyakit dalam

4. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

1. Penyakit yang pernah diderita : Nyeri pada kaki
2. Penyebab penyakitnya : Jatuh 5 tahun yang lalu tidak bisa berjalan
3. Apakah sudah berobat :()ya ()tidak
Bila sudah kemana : Dokter
Penanganan diterima :() di rawat
() berobat jalan

() obat-obatan

Bila berobat jalan : () obat-obatan yang di terima

Bila di rawat : Alasan dirawat

Tindakan yang dilakukan :

Sembuh : () ya () tidak

4. Pernah operasi : () ya () tidak

Bila pernah : -

Kapan : -

Tempat :

Lokasi operasi :

5. Alergi : () ya () tidak

Jika ya pada : () makanan

() obat

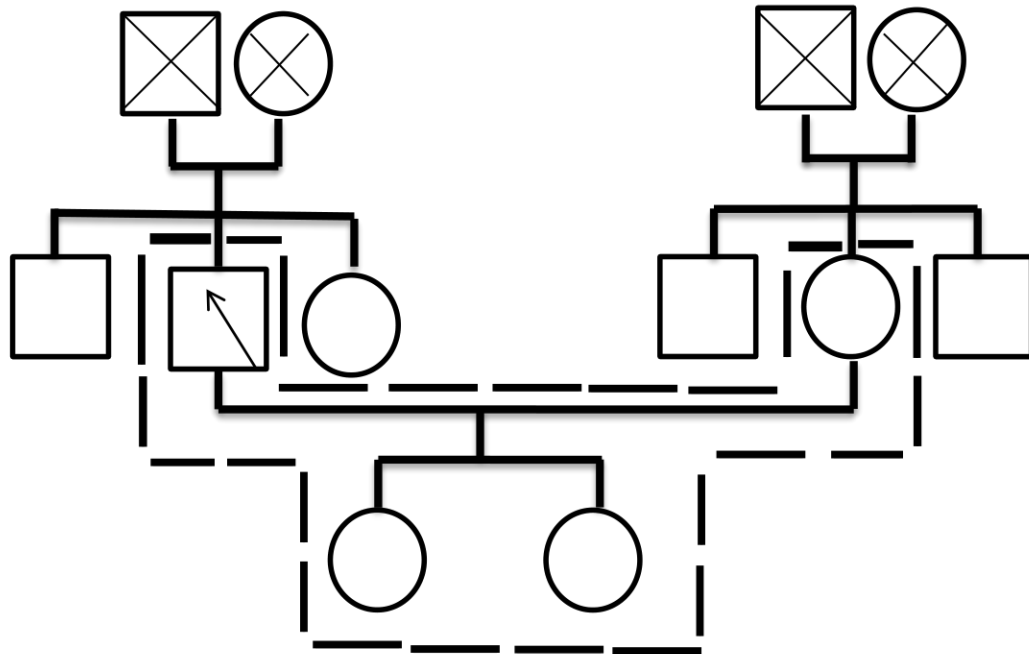
() lain lain

Jelaskan : -

5. Riwayat kesehatan Keluarga

1. Kejadian penyakit keturunan/menular/lain-lain: tidak ada penyakit keturunan

2. Geonogram keluarga



Keterangan:

- = Wanita
- = laki – laki
- ⊗ = sudah meninggal
- ⊗ = sudah meninggal
- = tinggal serumah

6. Riwayat psikologis dan spritual

a. Psikologis

Suasana hati/mood : baik

Karakter : baik

Keadaan emosional : stabil

Konsep diri : baik

Persepsi pasien terhadap penyakit nya

- Pengan cepat pulang bisa cepat sembuh dan pulang
- Ingin cecepat tulang
- Perubahan yang dirasakan setelah sakit membaik

Mekanisme koping:

b. Sosial

- Orang yang terdekat dengan pasien: Istri
- Hubungan antar keluarga : baik
- Hubungan dengan orang lain : baik
- Perhatian terhadap orang lain : baik
- Perhatian terhadap lawan bicara : baik
- Kegemaran/hobi : Nonton

c. Spritual

- Pelaksanaan ibadah : klien melaksanakan sholat 5 waktu
- Kepercayaan /keagamaan : klien selalu berdoa kepada allah
- Keyakinan kepada tuhan : yakin pada allah
- Keluhan lain : tida ada keluhan
- Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

7. Pola kesehatan fungsional

1.) Pola nutrisi dan cairan

a. Makan

1. Sehat

Pola makan : 3x sehari

Makan pantangan : tidak ada makanan pantangan

Makan kesukaan : nasi putih

Diet khusus : tidak ada diet khusus

2. Sakit

pola makan : 1 x 3 sehari

Makan pantangan : tidak ada makan pantangan

Diet khusus : tidak ada diet

Keluhan : () anoreksia () mual
() vomitus () disfagia

Perubahan berat badan: () meningkat () menurun

Keluhan lain : nafsu makan berkurang

Jelaskan : karena nafsu makan berkurang

b. Cairan/minuman

1. Sehat :

Pola minum : 4 - 9 gelas sehari

Minuman kesukaan : air putih

2. Sakit

Intake cairan : () oral

Keluhan lain : tidak ada keluhan

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

2.) Pola eliminasi

a. BAK

1. Sehat

Jumlah urine : 600 ml – 1500 ml / hari

Warna : kuning

Bau : khas aromatik

Pola BAK :

() urency () polyuria

() olygouria () urinary suppression

() dysuria () anuria

Masalah eliminasi urine : () retensi urine

() inkontinensia urine

() enuresis

() nokturia

() hematuri

3. Sakit

Jumlah urine : 1000 cc

Bau : khas aromatik

Volume : -

Pola BAK : -

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

b. BAB

1. Sehat

Konsistensi : Lembek lunak

Bentuk : rektum

Lendir : ()ada () tidak

Darah : ()ada (✓)tidak

Masalah eliminasi : () diare () kembung

() konstipasi

() hemoroid/nyeri saat BAB

Keluhan lain : tidak ada keluhan lain

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.) Pola aktivitas/latihan

a. Sehat

Pola aktivitas sehari hari : kuli bangunan

Latihan fisik : tidak ada latihan fisik

Jenis:

Frekuensi :

Lama:

Aktivitas yang membuat lelah :

Gangguan pergerakan

Penyebab : nyeri pada kaki
Gejala : aktifitas berlebihan
Efek :

b. Sakit

Pola aktivitas sehari hari : -
Latihan fisik : tidak ada
Jenis : -
Frekuensi : -
Lama : -
Aktivitas yang membuat lelah: -
Gangguan pergerakan : nyeri pada kaki
Penyebab : -
Gejala : posisi tidur tidak tepat
Efek : -
Masalah keperawatan : -

4.) Pola istirahat tidur

a. Sehat

Pola tidur : teratur
Malam : 6 jam
Siang : 2 jam
Total : 8 jam
Gangguan tidur : (✓) insomania
() parasomnia

mendengkur dan apnoe tidur

mengigau

hypersomnia

narkolepsi

Dampak pola tidur : segar

Alat bantu tidur : obat

b. Sakit

Pola tidur : teratur

Malam : 5 jam

Siang : 2 jam

Total : 6 jam

Gangguan tidur : insomania

parasomnia

mendengkur dan apnoe tidur

mengigau

hypersomnia

narkolepsi

Dampak pola tidur : segar

Alat bantu tidur : obat

Keluhan lain nya : tidak ada

Masalah keperawatan: -

5.) Personal hygien

a. Sehat

Mandi : 3 x sehari

Gosok gigi : 2 x sehari

Cuci rambut : 2 x seminggu

Potong kuku : 1 x seminggu

Kebutuhan personal hygiene : -

b. Sakit

Mandi : jarang

Gosok gigi : jarang

Cuci rambut : jarang

Potong kuku : jarang

Kebutuhan personal hygiene : -

Masalah keperawatan : defisit keperawatan diri

8. Catatan khusus

1. Apakah pasien mengerti tentang penyakit yang dideritanya
: (✓) ya () tidak
2. Bila dulu pernah dirawat macam kegiatan perawatan apa yang dirasakan terganggu :
3. Bagaimana hubungan suami istri sebelum dan sesudah sakit : baik
4. Apakah ada pertanyaan yang di anjurkan : () ya (✓) tidak
5. Bila ada :

9. Pemeriksaan fisik

1. Umum

Keadaan umum : () baik () buruk (✓) cukup
() sedang () nyeri

Tingkat kesadaran : (✓) komposmetis () apatis () koma

Tinggi badan : 178 cm

Berat badan : 50 kg

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Tanda – tanda vital

Suhu : 36,5

Nadi : 90 x / m

Pernapasan : 28 x / m

Tekanan darah : 150 / 60

3. Integumen

Kulit

Infeksi

Kebersihan kulit : () bersih () kotor

Warna kulit : () normal (✓) pucat () coklat

Lesi : () ya (✓) tidak

Jaringan perut : () ya (✓) tidak

Edema : () ya (✓) tidak

Kelembaban : () lembab () berminyak () normal

Lain-lain : -

Palpasi

Suhu : dingin () hangat

Tekstur : halus () kasar

Turgor : () baik () menurun

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

4. Kuku

Infeksi

Warna : normal () sianosis () puat

Bentuk : normal () tidak

Lesi : () ada () tidak

Keadaan : () bersih () kotor

Palpasi

Capillary refill : () normal () lembut

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

10. Hasil pemeriksaan diagnosa

23 -04 – 2019

Dx. Perdarahan Esofagus + Anemia + Hiponatemia

Pemeriksaan laboratorium

Hemoglobin 4,8 gr % 13 – 18

Introsit $2.0 \times 10^6 / \text{mm}^3$ 3, 4,5 - 6,5

11. Program dokter

Infus Ns 0.9 9 kantong

Injeksi :

- lansoprazol 2x1 1 ampul
- Opr 3x1 1 ampul

12. ANALISA DATA DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

A. ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS (SUBJEKTIF DAN OBJEKTIF)	MASALAH	PENYEBAB
1.	Ds: klien mengatakan gerah Istri klien mengatakan badan klien bau Do: kulit dan rambut klien terlihat kotor	Defisit perawatan diri	Tidak mandi
2.	Ds: klien mengatakan kaki dan tangan Sakit dan nyeri pada ulu hati Do: klien tampak meringis	Gangguan rasa nyaman nyeri	Karna jatuh
3.	Ds: klien mengatakan nafsu makan berkurang Do: makan tidak habis seperempat Porsi	Ketidaksamaan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Nafsu makan berkurang

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANDA TANGAN
1.	Defisit perawat diri berhubungan dengan nyeri	REZA RAMADHANI
2.	Nyeri berhubungan dengan cedera injuri	
3.	Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna ma kanan	

C. RENCANA KEPERAWATAN

Nama :Tn.U

Umur :73 tahun

No. Register :170045

Dignosa medis : Perdarahan Esofagus

Ruangan : bilal 1

NO	TGL/ JAM	DIGNOSA KEPERA WATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANAN TINDAKAN	RASIONAL
1.	23- 04- 2019 11. 00 wib	Defenisisf perawatan diri mandi berhubungan dengannyeri berhubungan dengan nyeri injuri dengan ditandai dengan badan kotor dan bau	Setelah dibrikan asupan keperawatan selama 1x24 jam pasien mampu memepertahan kan kebersihan diri,merasa nyaman dan bersih Kerteria hasil: Kulit klien	a. Pantau integritas kulit pasien b. Bantu pasien mandi c. Berikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri	a. Mengetahui kondisi kulit secara umum b. Agar pasien merasa lebih nyaman dan segar c. Menambah wawasan pasien tentang

			Tidak ada bau badan rambut bersih	d. Libatkan keluarga	pentingnya perawatan diri
2.	23-04-2019 15.00 Wib	Nyeri berhubungan dengan cedera injuri	Setelah diberikan asupan keperawatan selama 1x24 jam Diharapkan nyeri klien dapat teratasi Kriteria hasil: a. klien tidak tampak meringis b. skala nyeri 0 c. TTV dalam	a. Kaji tingkat nyeri, lokasi dan karakteristik nyeri b. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam c. Observasi ttv d. Anjurkan pasien istirahat e. Kolaborasi	a. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikator secara dini untuk dapat memberikan tindakan selanjutnya b. Nafas dalam dapat

			<p>rentang normal</p> <p>d. Klien tampak rileks dapat tidur/istirahat</p>	<p>dengan tim medis dalam pemberian analgetik</p>	<p>mengurangi nyeri karna otot-otot menjadi relaksasi</p> <p>c. Ttv untuk deteksi dini terhadap perkembangan pasien</p> <p>d. Sebagai prokilaksis untuk dapat menghilangkan nyeri</p>
3.	24-04-2019 12:30 wib	<p>Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhn tubuh berhubunga</p>	<p>Setelah di berikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan ketidak seimbangan</p>	<p>a. Kaji riwayat nutrisi termasuk makanan yang disukai</p>	<p>a. Megidentifikasi kasi defesiensi</p> <p>b. Mengawasi masukan kalori dan kualitas</p>

		<p>n dengan ketidamampuan mencerna makanan di tandai dengan nafsu makan berkurang dan berat badan menurun</p>	<p>nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Berat badan/ Imt dalam batas normal</p> <p>b. Terjadi peningkatan dalam porsi makan</p> <p>c. Berat badan pasien bertambah</p> <p>d. Pasien makan secara mandiri tanpa di dorong</p>	<p>b. Timbang berat badan tiap hari</p> <p>c. Berikan makanan sedikit dan frekuensi sering</p> <p>d. Kaji tanda-tanda vital.</p>	<p>kekurangan konsumsi makanan</p> <p>c. Mengatasi penurunan berat badan atau efektifitas</p> <p>d. Intervensi nutrisi</p> <p>e. Makan sedikit dapat menurunkan kelemahan dan meningkatkan pemasukan dan juga mencegah distensi</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					gaster f. Untuk mengetahui kondisi pasien.
--	--	--	--	--	--------------------------------------------------------

13. TINDAKAN

CATATAN KEPERAWATAN

Nama : Ny.D

Ruangan :aisyah 1

TGL	JAM	NO.DX	TINDAKAN KEPERAWATAN	NAMA JELAS
23- 04- 2019	11:00 wib	I	a. Membantu integritas kulit pasien b. Membantu pasien mandi c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri d. Melibatkan keluarga	REZA RAMADH ANI
23- 04- 2019	15:00 wib	II	a. Mengkaji skala nyeri pasien b. Mengajarkan pasien tehnik relaksasi nafas dalam c. Monitoring atau memantau ttv	REZA RAMADH ANI

24-03-2019	12:30 wib	III	<ul style="list-style-type: none"> d. Menganjurkan pasien istirahat e. Memberikan terapi obat a. Mengkaji riwayat pasien dan makanan kesukaan pasien b. Menimbang berat badan pasien c. Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering d. Mengkaji tanda-tanda vital 	REZA RAMADH ANI
------------	-----------	-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

14. EVALUASI

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien : Tn.U

Kamar : bilal 1

No register : 170045

Diagnosa medis : Perdarahan Esofagus

TGL	NO. DX	JAM	SUBJEKTIF,OBJEKTIF,ANALISA ,PLANNING (SOAF)	PARAF
23-04- 2019	I	11: 00 Wib	S: Klien mengatakan tubuhnya segar O: Tubuh klien tampak bersih dan tidak bau lagi A: Defisit perawatan diri (mandi) teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan berikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri	
23-04- 2019	II	15: 00 Wib	S: Klien mengatakan nyeri pada kaki,tangan dan ulu hati sedikit berkurang O: Skala nyeri 3-4 A: Gangguan rasa nyaman nyeri teratasi sebagian	

24-04-2019	III	12:30 Wib	<p>P: Intevensi dilanjutkan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik</p> <p>S: Klien mengatakan sudah nafsu makan</p> <p>O: Makan habis ½ porsi</p> <p>A: Gangguan pemenuhan nutrisi kebutuhan tubuh teratasi</p> <p>P: Intervensi dipertahankan berikan makanan sedikit dan frekuensi sering</p>	
------------	-----	--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

1. PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Pada laporan kasus ini penulis melakukan pengkajian pada klien dengan Perdarahan Esofagus Tn.U BAB berdarah dan muntah

Menurut (Sudoyo AW,2009) Perdarahan Esofagus 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).

Menurut peneliti Perdarahan Esofagus adalah terjadi beberapa faktor diantaranya Gastritis, BAB berdarah dan muntah darah gejala lainnya klien sering sering kesakitan pada ulu hati dan klien mudah kesakitan saat melakukan aktivitas. Dan kebersihan badan klien tidak bersih, dan badan klien bau, klien juga kurang tau tentang penyakitnya. Klien mengatakan tidak ada penyakit keturunan. Klien seorang wiraswasta, yang terdekat dengan klien ialah istri klien

Menurut buku(Ilmu Penyakit Dalam) 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

Menurut penulis klien dengan perdarahan esofagus di prioritaskan nyeri pada ulu hati, nafsu makan akan berkurang, lelah dan lesu.

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan secara prioritas adalah 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.

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. DIAGNOSA

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan data objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan jika diagnosis keperawatan (hidayat 2006)

Berdasarkan data yang diperoleh pada Tn.U dengan Perdarahan Esofagus diruangan inap bilal bin rabbah 1 Rumah Sakit Umum Bangkinang. Maka di simpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang sesuai dengan tinjauan teori yang ada adalah

1. Resiko perdarahan yang berhubungan dengan gangguan esofagus (penyakit ulkus lambung, varises dll)
2. Resiko syok yang berhubungan dengan Hipovolemia
3. Anseitas yang berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ancaman kematian
4. Nyeri akut yang berhubungan dengan agens kimiawi dan respons fisik
5. Defisiensi pengetahuan yang berhubungan dengan kurang informasi atau mengingat

Menurut peneliti yang ditemukan pada klien Tn.U dengan Perdarahan Esofagus hanya tiga diagnosa keperawatan sedangkan menurut teoritis ada 5 diagnosa

Sedangkan diagnosa yang di prioritaskan adalah:

1. Defisit perawat diri berhubungan dengan nyeri
2. Nyeri berhubungan dengan cedera injuri
3. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurangnya asupan makanan

Hal ini didasarkan bahwa masalah ini dapat menyebabkan komplikasi pada klien Tn.U dengan perdarahan esofagus

3. INTERVENSI/PERENCANAAN

Perencanaan yang diberikan pada klien perdarahan esofagus secara prioritas adalah tinjau tingkat skala nyeri ,dan pemenuhan kebutuhan nutrisi .

Tinjauan riwayat nyeri, kaji tingkat nyeri, lokasi dan karakteristik nyeri dan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam tujuan agar klien tidak tampak meringis lagi, skala nyeri nol (0) dan ttv dalam rentang normal.

Sedangkan menurut teoritis adalah tinjauan riwayat nyeri akut

1. Catat laporan skala nyeri, termasuk lokasi, durasi, dan intensitas (skala 0-10, atau skala yang mirip).

2. Catat isyarat nyeri nonverbal, seperti gelisah, enggan gerak menahan abdomen, takikardia, dan diaforesis. Periksa ketidakcocokan antara isyarat verbal dan non verbal
3. Beri makanan porsi kecil dan sering, sesuai indikasi untuk klien individual
4. Beri dorongan asupan air minum mineral 1,4 L/hari dan segelas air pada setiap episode nyeri, jika memungkinkan dan tidak dikontraindikasikan
5. Dorong klien untuk menghindari rokok
6. Beri perawatan mulut yang sering.

Menurut peneliti perbandingan antara teoritis dan yang di prioritaskan berbedadengan teori jika yang di prioritaskan lebih cenderung apa yang kita lihat dengan nyata. Dalam perencanaan di tetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan evaluasi tujuan yang ditetapkan mengacu pada SOAP (subjektif, objektif, asesment, dan planing) dan kriteria sesuai dengan kondisi klien.

4. EVALUASI

Evaluasi dilakukan setiap hari, dengan melakukan observasi keadaan klien agar mengetahui perkembangan keadaan klien setiap hari. Pada hari selasa tanggal 23 april 2019 jam 11:00 wib klien Tn.U tampak bersih dan tidak bau lagi TD:150/60 mmhg, N:90x/m, S:36,4° C, P:28x/m. Intervensi dilanjutkan poin 1-4. Sedangkan pada tanggal dan bulan yang sama dengan jam yang berbeda yaitu jam 15:00 wib klien

merasa nyeri di bagian kaki,tangandan nyeri di ulu hati dengan skala nyeri 3-4 TD:150/70 mmhg, N:94x/m, P: 24x/m, S:37,0°C Intervensi dilanjutkan

Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik. Pada hari rabu tanggal 24 april 2019 jam 12:30 klien sudah nafsu makan makan habis ½ porsi TD:140/60 mmhg, N:90x/m, P: 24x/m, S:36,0°C Intervensi dipertahankan

Menurut debora (2011) pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah di tetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau belum teratasi semuanya.

Menurut penulis pada evaluasi hari pertama jam 11:00 wib dengan klien telah diterapkan dan klien sudah bersih masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri. Dan pada hari yang sama dan waktu yang berbeda jam 15:00 wib klien mengatakan nyeri pada kaki,tangan dan nyeri pada ulu hati dengan skala nyeri 3-4 nyeri,mengajarkan pasien tehnik relaksasi napas dalam, teratasi sebagian intervensi dilanjutkan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik. pada evaluasi hari kedua klien sudah nafsu makan,makanan habis ½ porsi pemenuhan kebutuhn nutrisi tubuh teratasi intervensi dipertahankan berikan makanan sedikit dan frekuensi sering.

Hasil evaluasi untuk mengatasi masalah nyeri yang berhubungan dengan cedera injuri melihat bahwa pasien tidak meringis lagi dan skala nyeri nol dan pasien bisa beristirahat

Evaluasi untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri berhubungan dengan nyeri injuri dan badan pasien tampak kotor dan bau memperlihatkan bahwa pasien bisa menjaga kebersihan tubuhnya.

Evaluasi untuk mengatasi pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh ialah dengan memperlihatkan bahwa pasien mampu menghabiskan makanannya 1 porsi. Hasil ini memperlihatkan bahwa masalah teratasi sebagian, meski demikian intervensi tetap dilanjutkan dengan tujuan mempertahankan kondisi yang lebih baik, bahkan kualitas kesehatan semakin lebih baik.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penulis mengkaji dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Tn.U dengan Perdarahan Esofagus, penulis akan menyimpulkan asuhan keperawatan pada klien Tn.U dengan Perdarahan Esofagus di Ruang Bilal Bin Rabbah 1 Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan 1 klien Tn.U dengan Perdarahan Esofagus, nyeri klien berkurang dan klien tidak tampak meringis lagi

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa didapatkan dari keluhan klien Tn.U penulis menemukan diagnosa prioritas yaitu: Perdarahan Esofagus

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan berdasarkan analisa data yang telah dilakukan dimana di dapat diagnosa keperawatan yaitu Perdarahan Esofagus rencana keperawatan pada Perdarahan Esofagus tinjau riwayat nyeri, ajarkan klien minum air hangat ajarkan klien makan sedikit tapi sering, kaji tingkat skala nyeri nya dan berikan relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri

4. Implementasi keperawatan

Pada intervensi keperawatan bisa saja berbeda dengan intervensi yang di buat karena penulis harus menyesuaikan kondisi klien tapi yang di implementasikan ada satu tambahan yaitu dengan mengkolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian obat.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada klien Tn. U dengan Perdarahan Esofagus dilakukan 2 hari, tindakan keperawatan mendapatkan hasil positif melalui tehnik SOAP, hasil laboratorium klien sudah memenuhi batas normal

B. SARAN

1. Bagi klien dan keluarga

Keluarga dapat ikut serta dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Tn.U dengan Perdarahan Esofagus, sehingga klien merasa ada dukungan yang dapat mempercepat proses penyembuhan penyakitnya.

2. Bagi perawat

Diharapkan mampu berkoordinasi dengan tim kesehatan yang lain yaitu dokter dan ahli gizi karena untuk menangani klien membutuhkan asuhan keperawatan yang mengutamakan rasa nyaman, *care* kepedulian dan kesabaran pada umumnya dan khususnya pada klien Perdarahan Esofagus.

3. Bagi institusi Universitas Pahlawan

Agar dapat meningkatkan mutu pendidikan yang berkualitas dan profesional sehingga dapat tercipta perawat profesional dan mampu memberikan asuhan keperawatan yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Https: //Aru W, Sudoyo. 2009. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid II, edisi V. Jakarta: Interna Publishing
- Doenges, M. E, Moorhouse, M. F, & Muur, A. C. (2014). Nursing Care Plans : Guidelines For Individualizing Client Care Across The Like Span, 9 Th Ed. Philadelphia Fadavis
- Inayah, I (2004). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan System Pencernaan. Jakarta : Salemba Medika
- Mayer RJ. Gastrointestinal Tract Cancer. In: Braunwald E, Faucias, Kasper DI, Haus SI, Longo DI, Jameson JI, Harison's Principles Of Internal Medicine. 15 Th Ed. McGraw-Hill. New York. 2003
- NANDA-I (2015). Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017, ed. 10 Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Rockey DC. Occult Gastrointestinal Bleeding. In: Friedman SL, McQuaid KR, Grendel JH, Curent Diagnosis & Treatment in Gastroenterology. 2nd Ed, McGraw-Hill Co. New York. 2004
- Sari. K, & Muttaqin, A. (2013). Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : Salemba Medika
- Savides TJ, Jensen DM, Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. In: Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH, Curent Diagnosis & Treatment in Gastreonterology. 2nd Ed. McGraw-Hill Co. New York. 2014

Smeltzer, S. C.(2014), Keperawatan Medikal Bedah: *Brunner & Sudarth*, ed. 12. Jakarta:

Penerbit Buku Kedokteran EGC

Sprin House Corporation.(2011). Kapita Selekta Penyakit Dengan Implikasi Keperawatan,

ed : Jakatra : Penerbit Buku Kedokteran EGC

Yamanda T, Haster WL, Inadomi JM, Anderson MA, Brown RS. Wilkins. Philadelphia.

2005.