

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN BAPAK S YANG MENJALANI
PASCA OPERASI LAPARATOMI DENGAN INDIKASI ULKUS PEPTIKUM
E.C PERFORASI GASTER DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

ZAINUDIN

12.113082.1.0695

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2015

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peningkatan status kesehatan merupakan tujuan yang ingin dicapai dalam memberikan asuhan keperawatan, agar klien tersebut dapat meningkatkan produktifitasnya, bila produktifitas klien meningkat diharapkan kesejahteraan akan meningkat pula. Penyakit ulkus peptikum (tukak peptik) yaitu ulkus gaster (tukak lambung) dan ulkus duodenum (tukak duodenum) merupakan penyakit yang masih banyak ditemukan terutama dalam kelompok umur di atas 45 tahun. Ulkus peptikum didefinisikan sebagai suatu defek mukosa atau submukosa yang berbatas tegas yang dapat menembus lapisan muskularis mukosa sampai lapisan serosa sehingga terjadi perforasi (Akil, 2006).

Suatu perforsi dapat terjadi akibat trauma dan non trauma. Non trauma misalnya akibat volvulus, ingesti obat-obatan, ulkus peptikum, malignansi, dan benda asing. Sedangkan trauma dapat berupa trauma tajam maupun trauma tumpul, misalnya iatrogenic akibat pemasangan pipa nasogastrik. Sementara itu beberapa contoh lokasi kebocoran atau perforasi gastrointestinal. Kebocoran lambung dapat disebabkan ulkus peptic atau yang biasa disebut tukak lambung. Tukak lambung umumnya

terjadi pada pria, orang tua, dan kelompok dengan tingkat sosioekonomi rendah. Sementara itu tukak duodenum lebih sering terjadi dua kali dari tukak lambung (NMS Surgery 5th Edition, 2008). Pada kebanyakan kasus tingkat kematiannya mencapai 15-20% dan kebanyakan perforasi lambung tersebut terjadi pada daerah antrum atau prepilorik (Maingot 11th Edition, 2007).

Ulkus peptikum (tukak peptic) yaitu ulkus gaster (tukak lambung) merupakan lesi yang dalam yang terjadi pada mukosa dan muskularis mukosa saluran cerna. Ulkus peptikum yang sering terjadi adalah ulkus gastritis dan ulkus duodenum. Ulkus terjadi akibat ketidakseimbangan antara faktor agresif (asam hidroklorida, pepsin, *Helicobacter pylori*, NSAIDs,) dengan faktor protektif (antioksidan enzimatis, antioksidan non enzimatis, aliran darah, proses regenerasi sel, musin, bikarbonat, prostaglandin), yang akhirnya menyebabkan kerusakan mukosa (Amandeep, 2012). Ulkus peptikum merupakan penyakit yang sering terjadi secara klinis dan terjadi pada semua usia. Diperkirakan penyakit ini akan mempunyai pengaruh global yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien (Radhika, 2012).

Faktor resiko besar penyebab ulkus meliputi: infeksi bakteri (*Helicobacter pylori*), obat-obatan tertentu (NSAIDs), bahan-bahan kimia (HCl/etanol), kanker lambung dan faktor resiko kecil meliputi: keadaan

stres, merokok, makanan pedas dan defisiensi nutrisi (Amandeep, 2012).

Data WHO menyebutkan kematian akibat tukak lambung di Indonesia mencapai 0,99 persen yang didapatkan dari angka kematian 8,41 per 100,000 penduduk. Pada tahun 2005-2008, tukak lambung menempati urutan ke-10 dalam kategori penyebab kematian pada kelompok umur 45-54 tahun pada laki-laki menurut BPPK Depkes pada tahun 2008 (Aditya Kafi, 2014). Tingginya angka kematian tersebut disebabkan oleh komplikasi tukak lambung, yaitu perforasi dan perdarahan. Perforasi sering diakibatkan oleh konsumsi obat anti inflamasi non steroid (OAINS) yang berlebihan (Hill, 2001). Risiko tukak lambung dan tukak duodenum berkisar antara 11%-30% pada pasien dengan asupan OAINS harian (Brashers, 2007).

Berdasarkan penelitian di Amerika, kira-kira 500.000 orang tiap tahunnya menderita ulkus peptikum dan 70% diantaranya berusia 25-64 tahun. Sebanyak 48% penderita ulkus peptic disebabkan karena infeksi *Helicobacter pylori* dan 24% karena penggunaan obat NSAID. Infeksi *Helicobacter pylori* jarang terjadi pada anak-anak namun kebanyakan tukak lambung yang menyerang anak-anak terjadi pada usia antara 8 dan 17 tahun (Anonim, 2009).

Pada negara berkembang angka morbiditas ulkus peptikum tidak terlalu tinggi tetapi angka mortalitasnya tinggi, berhubungan dengan

adanya komplikasi-komplikasi ulkus peptikum (Fantry, 2005). Di Indonesia sekitar 4 juta orang menderita ulkus peptikum dengan prevalensi 1.84% (US Census Bureau, International Data Base, 2004).

Di Indonesia tukak peptik ditemukan antara 6-15% pada usia 20-50 tahun. Terutama pada lesi yang hilang timbul dan paling sering didiagnosis pada orang dewasa usia pertengahan sampai usia lanjut, tetapi lesi ini mungkin sudah muncul sejak usia muda. (Nasif et al, 2008).

Studi seroepidemiologik populasi umum di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi tukak lambung yang disebabkan oleh *Helicobacter pylori* pada anak-anak berumur 0-14 tahun sekitar 7,2-28%, sedangkan pada umur diatas 15 tahun antara 36.54,3%. Hal ini menunjukkan bahwa semakin meningkatnya umur, maka prevalensinya pun semakin tinggi. Sebuah survei di Jakarta menunjukkan bahwa penderita tukak lambung karena *H. pylori* lebih banyak ditemukan pada etnik Batak dan Cina dari pada etnik lainnya. (Silitonga, 2007)

Data dari Rekam Medis Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sendiri didapatkan data jumlah pasien yang dirawat pada 6 bulan terakhir (Januari - 29 Juni 2015) yaitu 1929 orang. Dari banyaknya jumlah pasien yang dirawat ditemukan 32 orang yang didiagnosa mengalami ulkus peptikum (perforasi gaster).

Berdasarkan uraian diatas di atas tersebut, maka penulis tertarik

untuk menyusun suatu karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Bapak S Yang Menjalani Pasca Operasi Laparatomi Dengan Indikasi Ulkus Peptikum Di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka penulis menyusun rumusan masalah tentang ”Bagaimana Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Bapak S Yang Menjalani Pasca Operasi Laparatomi Dengan Indikasi Ulkus Peptikum e.c perforasi gaster Di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Memperoleh gambaran nyata Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Bapak S Yang Menjalani Pasca Operasi Laparatomi Dengan Indikasi Ulkus Peptikum e.c perforasi gaster Di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

Memperoleh pengalaman nyata dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Bapak S Yang Menjalani Pasca Operasi Laparatomi Dengan Indikasi Ulkus Peptikum e.c perforasi gaster Di

ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan menganalisa kesenjangan-kesenjangan antara teori dan kasus khususnya dalam hal:

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa Keperawatan
- c. Perencanaan
- d. Pelaksanaan
- e. Evaluasi

D. Metode Penulisan

Metode yang digunakan dalam penyusunan atau pun penulisan karya tulis ilmiah ini adalah dengan menggunakan metode deskriptif dan pendekatan studi kasus yaitu dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari 5 proses keperawatan diantaranya pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan (*intervention*), pelaksanaan (*implementation*), evaluasi (*evaluation*), melakukan pendokumentasian dengan akurat, benar dan tepat.

Adapun tekhnik yang digunakan dalam pengumpulan data untuk penyusunan ataupun penulisan karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Wawancara

Untuk memperoleh data dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini, penulis melakukan wawancara dengan keluarga Bapak S, serta dari

pihak lain yang dapat memberikan informasi seperti perawat dan dokter yang merawat di Ruang Cempaka yaitu tempat dimana penulis kasus ini.

2. Observasi

Dalam hal ini penulis melakukan observasi atau pengamatan secara langsung mengenai masalah yang timbul dan perkembangan kondisi kesehatan pasien.

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik ini dilakukan dengan menggunakan cara yaitu mengamati (*inspeksi*), meraba (*palpasi*), ketukan (*perkusi*), dan mendengarkan (*auskultasi*).

4. Studi dokumentasi

Dengan mengkaji catatan medis yang ada dan catatan dokumentasi keperawatan serta catatan lain yang berkaitan.

5. Studi kepustakaan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis mendapat informasi dari berbagai sumber buku yang digunakan sebagai literatur yang berkaitan dengan kasus yang diambil oleh penulis.

E. Sistematika Penulisan

Dalam melakukan proses penulisan ataupun penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis membagi kedalam 5 yang disusun sesuai dengan

urutan sebagai berikut:

1. Bab I Pendahuluan berisi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.
2. Bab II Tinjauan Pustaka berisi teori-teori yang mendukung isi Karya Tulis Ilmiah sesuai dengan masalah yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, penatalaksanaan, komplikasi dan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.
3. Bab III Tinjauan Kasus berisi pelaksanaan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.
4. Bab IV Pembahasan berisikan uraian tentang sejauh mana penerapan teori dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan pendokumentasian terhadap pasien nyata.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Pada tahun 350 SM, Diocles Of Carystos dipercaya sebagai orang yang menyebutkan kondisi ulkus lambung pertama kali. Marcellus Donatus of Mantua pada tahun 1586 menjadi orang pertama yang mendeskripsikan ulkus lambung melalui autopsi, pada tahun 1688 Muralto mendeskripsikan ulkus duodenal secara autopsi. Pada tahun 1737, Morgagni juga menyebutkan kondisi ulkus pada lambung dan duodenum secara autopsi (Angel, 2006).

Istilah ulkus peptikum (*peptic ulcer*) digunakan untuk erosi lapisan mukosa di bagian mana saja di saluran GI, tetapi biasanya di lambung atau duodenum. Ulkus gaster atau tukak lambung adalah istilah untuk ulkus di lambung (Corwin, 2010)

Ulkus peptikum atau ulkus peptikumum merupakan keadaan dimana kontinuitas mukosa lambung terputus dan meluas sampai di bawah epitel. Kerusakan mukosa yang tidak meluas sampai ke bawah epitel disebut erosi, walaupun sering kali dianggap juga sebagai ulkus (Fry, 2005). Menurut definisi, ulkus peptikum dapat ditemukan pada setiap bagian saluran cerna yang terkena getah asam lambung, yaitu

esophagus, lambung, duodenum, jejunum, dan setelah tindakan gastroenterostomi. Ulkus peptikum diklasifikasikan atas ulkus akut dan ulkus kronik, hal tersebut menggambarkan tingkat tingkat kerusakan pada lapisan mukosa yang terlibat (Aziz, 2008).

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 stres). 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).

Ulkus peptikum didefinisikan sebagai suatu defek mukosa atau submukosa yang berbatas tegas yang dapat menembus lapisan serosa sehingga terjadi perforasi (Akil, 2006).

B. Etiologi

Penyebab umum dari ulserasi peptikum adalah ketidakseimbangan antara sekresi cairan lambung dan derajat perlindungan yang diberikan sawar mukosa gastroduodenal dan netralisasi asam lambung oleh cairan duodenum (Arif Mutaqqin, 2011).

Sedangkan menurut Brunner and Suddart (2001) dan Sylvia A. Price (2006), sebab-sebab yang pasti dari ulkus peptikum belum diketahui.

Beberapa teori yang menerangkan terjadinya tukak peptic, antara lain sebagai berikut:

1. Peningkatan sekresi asam

Pada kebanyakan pasien yang menderita ulkus peptikum di bagian awal duodenum, jumlah sekresi asam lambungnya lebih besar dari normal, bahkan sering dua kali lipat dari normal. Walaupun setengah dari peningkatan asam ini mungkin disebabkan oleh infeksi bakteri, percobaan pada hewan ditambah bukti adanya perangsangan berlebihan sekresi asam lambung oleh saraf pada manusia yang menderita ulkus peptikum mengarah kepada sekresi cairan lambung yang berlebihan (Guyton, 2006). Predisposisi peningkatan sekresi asam diantaranya adalah factor psikogenik seperti pada saat mengalami depresi atau kecemasan dan merokok.

2. Golongan darah

Penderita dengan darah O lebih banyak menderita tukak duodeni jika dibandingkan dengan tukak lambung. Adapun sebab-sebabnya belum diketahui benar. Dan hasil penelitian dilaporkan bahwa pada penderita dengan golongan darah O kemungkinan terjadinya tukak duodeni adalah 38% lebih besar dari pada golongan lainnya. Kerusakan di daerah piepilorus dapat dihubungkan dengan golongan darah A, baik berupa tukak yang biasa ataupun karsinoma. Sedangkan pada

golongan darah O sering ditemukan kelainan pada korpus lambung.

3. Susunan saraf pusat

Teori nerogen pada tukak peptik telah dibicarakan tahun 1959.berdasarkan pengalaman dari Chusing, erosi akut dan tukak pada edofagus, lambung dan duodenum dapat dihubungkan dengan kerusakan intrakranial, termasuk neoplasma primer atau sekunder dan hipertensi maligna. Faktor kejiwaan dapat menyebabkan timbulnya tukak peptik. Misalnya pada mereka yang psikisnya sangat labil, pada ketegangan jiwa, emosi, mempunyai ambisi besar dan lain-lainnya yang menyebabkan untuk hidup tidak wajar.

4. Inflamasi bakterial

Dalam lima tahun terakhir, ditemukan paling sedikit 75% pasien ulkus peptikum menderita infeksi kronis pada bagian akhir mukosa lambung, dan bagian mukosa duodenum oleh bakteri H. pylori. Sekali pasien terinfeksi, maka infeksi dapat berlangsung seumur hidup kecuali bila kuman diberantas dengan pengobatan antibacterial.Lebih lanjut lagi, bakteri mampu melakukan penetrasi sawar mukosa, baik dengan kemampuan fisiknya sendiri untuk menembus sawar maupun dengan melepaskan enzim–enzim pencernaan yang mencairkan sawar.Akibatnya, cairan asam kuat pencernaan yang disekresi oleh lambung dapat berpenetrasi ke dalam jaringan epithelium dan

mencernakan epitel, bahkan juga jaringan – jaringan di sekitarnya. Keadaai ini menuju kepada kondisi ulkus peptikum (Sibernagl, 2007).

5. Inflamasi non-bakterial

Teori yang mengatakan bahwa inflamasi non-bakterial sebagai penyebab didasarkan pada inflamasi dari kurvatura minor, antrum dan bulbus duedeni yang mana dapat disebutkan juga antara gastritis, sering ditemukan dengan tukak. Dan sebagai penyebab dari gastritis sendiri belum jelas. Tukak yang kronis ialah sebagai kelanjutan dari tukak yang akut. Berdasarkan pemeriksaan histologis ditemukan perubahan yang nyata dari erosi akut ke tukak yang akut.

6. Infark

Teori infark yang berdasarkan timbulnya kerusakan semacam kawah, sering ditemukan pada otopsi. Adanya defek pada dinding lambung serta timbulnya infark, karena asam gelah lambung dan dapat pula ditunjukkan adanya jaringan trombose didasar tukak. Sekarang diketahui bahwa jaringan trombose ialah sebagai hasil daripada sebagian penyebab kerusakan, yang tidak akan dijumpai pada tukak yang akut.

7. Faktor hormonal

Banyak teori yang menerangkan adanya pengaruh-pengaruh hormonal yang dapat menimbulkan tukak peptik.

8. Obat-obatan (drug induced peptic ulcer)

Obat – obat seperti OAINS/obat anti-inflamasi nonsteroid seperti indometasin, ibuprofen, asam salisilat mempunyai efek penghambatan siklo-oksigenase sehingga menghambat sintesis prostaglandin dari asam arakhidonat secara sistemik termasuk pada epitel lambung dan duodenum. Pada sisi lain, hal ini juga menurunkan sekresi HCO_3^- sehingga memperlemah perlindungan mukosa (Sibernagl, 2007). Efek lain dari obat ini adalah merusak mukosa local melalui difusi non-ionik ke dalam sel mukosa. Obat ini juga berdampak terhadap agregasi trombosit sehingga akan meningkatkan bahaya perdarahan ulkus (Kee, 2005).

9. Herediter

Berdasarkan penelitian didalam keluarga ternyata bahwa tukak peptik ini ada pengaruhnya dengan herediter. Terbukti bahwa dengan orang tua/famili yang menderita tukak, jika dibandingkan dengan mereka yang orang tuanya sehat. Oleh sebab itu, family anamnesa perlu ditegakkan.

10. Berhubungan dengan penyakit lain.

a. Hernia diafrakmatika

Pada hernia diafrakmatika, mukosa pada lingkaran hernia mungkin merupakan tempat timbulnya erosi atau tukak.

b. Sirosis hati

Tukak peptik ditemukan juga pada penderita penyakit hepar terutama pada sirosis lebih banyak jika dibandingkan dengan orang normal. Tukak duodeni pada kaum wanita dengan sirosis biliaris ternyata bertambah, jika netralisasi dari isi duodenum berkurang.

c. Penyakit paru-paru

Frekuensi dari tukak yang kronis dengan TBC paru-paru sering ditemukan. Bertambah banyaknya tukak peptik dapat dihubungkan dengan bertambah beratnya emfisema dan corpulmonale.

11. Faktor daya tahan jaringan

Penurunan daya tahan jaringan mempermudah timbulnya ulkus. Daya tahan jaringan dipengaruhi oleh banyaknya suplay darah dan cepatnya regenerasi.

C. Epidemiologi

Penyakit ini terjadi dengan frekuensi paling besar pada individu antara usia 40 dan 60 tahun. Tetapi, relatif jarang pada wanita menyusui,

meskipun ini telah diobservasi pada anak-anak dan bahkan pada bayi. Pria terkenal lebih sering daripada wanita, tapi terdapat beberapa bukti bahwa insiden pada wanita hampir sama dengan pria. Setelah menopause, insiden ulkus peptikum pada wanita hampir sama dengan pria. Ulkus peptikum pada korpus lambung dapat terjadi tanpa sekresi asam berlebihan (Sylvia A. Price, 2006).

D. Patofisiologi

Ulkus peptikum terjadi pada mukosa gastroduodenal karena jaringan ini tidak dapat menahan kerja asam lambung pencernaan (asam hidrochlorida dan pepsin). Erosi yang terjadi berkaitan dengan peningkatan konsentrasi dan kerja asam peptin, atau berkenaan dengan penurunan pertahanan normal dari mukosa (Sylvia A. Price, 2006).

1. Peningkatan Konsentrasi atau Sekresi Lambung dan Kerja Asam Peptin

Menurut Price (2006), 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 sering 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 disamping lambung. Refleks vagal 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 kontinyu melalui kelenjar mukosa. Mucus ini mengabsorpsi pepsin dan melindungi mukosa terhadap asam. Asam hidroklorida disekresikan secara kontinyu, tetapi sekresi meningkat karena mekanisme neurogenik dan

hormonal yang dimulai dari rangsangan lambung dan usus. Bila asam hidroklorida tidak dibuffer dan tidak dinetralisasi dan bila lapisan luar mukosa tidak memberikan perlindungan asam hidroklorida bersama dengan pepsin akan merusak lambung. Asam hidroklorida kontak hanya dengan sebagian kecil permukaan lambung. Kemudian menyebar kedalamnya dengan lambat. Mukosa yang tidak dapat dimasuki disebut barier mukosa lambung. Barrier ini adalah pertahanan utama lambung terhadap pencernaan yang dilakukan oleh sekresi lambung itu sendiri. Faktor lain yang mempengaruhi pertahanan adalah suplai darah, keseimbangan asam basa, integritas sel mukosa, dan regenerasi epitel.

2. Kelemahan Barrier Mukosa Lambung

Apapun yang menurunkan yang mukosa lambung atau yang merusak mukosa lambung adalah ulserogenik, salisilat dan obat antiinflamasi non-steroid lain, alcohol, dan obat antiinflamasi masuk dalam kategori ini. Sindrom Zollinger-Ellison (gastrinoma) dicurigai bila pasien datang dengan ulkus peptikum berat atau ulkus yang tidak sembuh dengan terapi medis standar. Sindrom ini diidentifikasi melalui temuan berikut : hipersekresi getah lambung, ulkus duodenal, dan gastrinoma (tumor sel istel) dalam pancreas. 90% tumor

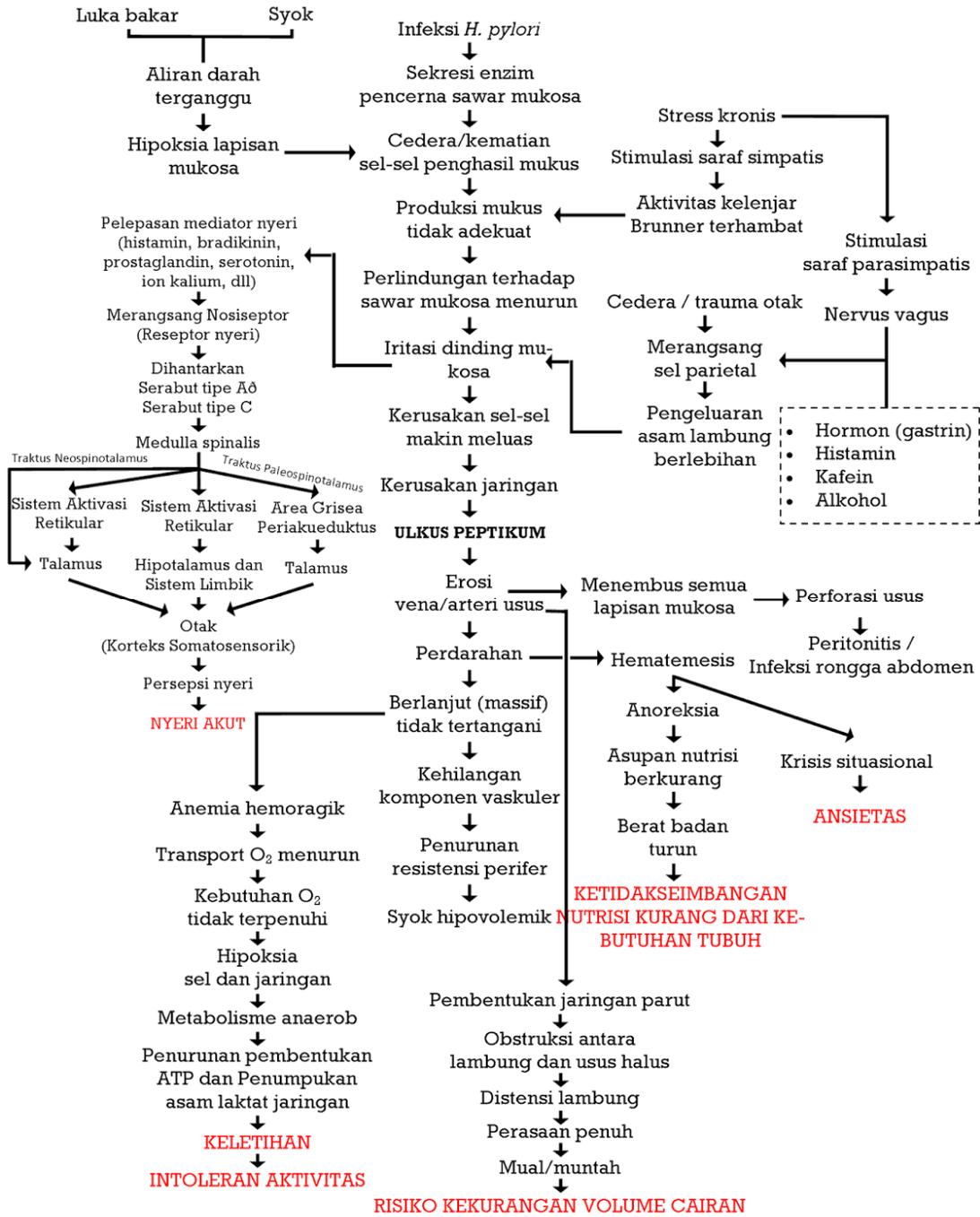
ditemukan dalam gastric triangle yang mengenai kista dan duktus koledokus, bagian kedua dan tiga dari duodenum, dan leher korpus pancreas. Kira-kira dari gastrinoma adalah ganas (maligna).

Diare dan stiatore (lemak yang tidak diserap dalam feces) dapat ditemui. Pasien ini dapat mengalami adenoma paratiroid koeksisten atau hyperplasia, dan karenanya dapat menunjukkan tanda hiperkalsemia. Keluhan pasien paling utama adalah nyeri epigastrik. Ulkus stress adalah istilah yang diberikan pada ulserasi mukosa akut dari duodenal atau area lambung yang terjadi setelah kejadian penuh stress secara fisiologis. Kondisi stress seperti luka bakar, syok, sepsis berat, dan trauma dengan organ multiple dapat menimbulkan ulkus stress. Endoskopi fiberoptik dalam 24 jam setelah cedera menunjukkan erosi dangkal pada lambung, setelah 72 jam, erosi lambung multiple terlihat. Bila kondisi stress berlanjut ulkus meluas. Bila pasien sembuh, lesi sebaliknya. Pola ini khas pada ulserasi stress.

Pendapat lain yang berbeda adalah penyebab lain dari ulserasi mukosa. Biasanya ulserasi mukosa dengan syok ini menimbulkan penurunan aliran darah mukosa lambung. Selain itu jumlah besar pepsin dilepaskan. Kombinasi iskemia, asam dan pepsin menciptakan suasana ideal untuk menghasilkan ulserasi. Ulkus stress harus dibedakan dari ulkus cushing dan ulkus curling, yaitu dua tipe lain

dari ulkus lambung. Ulkus cushing umum terjadi pada pasien dengan trauma otak. Ulkus ini dapat terjadi pada esophagus, lambung, atau duodenum, dan biasanya lebih dalam dan lebih penetrasi daripada ulkus stress. Ulkus curling sering terlihat kira-kira 72 jam setelah luka bakar luas (Sylvia A. Price, 2006).

Pathway



Gambar 2.1 Pathway ulkus peptikum, Price & Wilson (2000) dalam muttakin (2011)

E. Tanda dan gejala

Menurut Price (2006), gejala-gejala ulkus dapat hilang selama beberapa hari, minggu, atau beberapa bulan dan bahkan dapat hilang hanya sampai terlihat kembali, sering tanpa penyebab yang dapat diidentifikasi. Banyak individu mengalami gejala ulkus, dan 20-30% mengalami perforasi atau hemoragi yang tanpa adanya manifestasi yang mendahului. Berikut tanda dan gejala ulkus peptikum menurut Mansjoer (2006) yaitu:

1. Nyeri

Biasanya pasien dengan ulkus mengeluh nyeri tumpul, seperti tertusuk atau sensasi terbakar di epigastrium tengah atau di punggung. Hal ini diyakini bahwa nyeri terjadi bila kandungan asam lambung dan duodenum meningkat menimbulkan erosi dan merangsang ujung saraf yang terpajan. Teori lain menunjukkan bahwa kontak lesi dengan asam merangsang mekanisme refleksi local yang memulai kontraksi otot halus sekitarnya. Nyeri biasanya hilang dengan makan, karena makan menetralisasi asam atau dengan menggunakan alkali, namun bila lambung telah kosong atau alkali tidak digunakan nyeri kembali timbul. Nyeri tekan lokal yang tajam dapat dihilangkan dengan memberikan tekanan lembut pada epigastrium atau sedikit di sebelah kanan garis tengah.

Beberapa gejala menurun dengan memberikan tekanan local pada epigastrium.

2. Pirosis (nyeri ulu hati)

Beberapa pasien mengalami sensasi luka bakar pada esophagus dan lambung, yang naik ke mulut, kadang-kadang disertai eruktasi asam. Eruktasi atau sendawa umum terjadi bila lambung pasien kosong.

3. Muntah

Meskipun jarang pada ulkus duodenal tak terkomplikasi, muntah dapat menjadi gejala ulkus peptikum. Hal ini dihubungkan dengan pembentukan jaringan parut atau pembengkakan akut dari membran mukosa yang mengalami inflamasi disekitarnya pada ulkus akut. Muntah dapat terjadi atau tanpa didahului oleh mual, biasanya setelah nyeri berat yang dihilangkan dengan ejeksi kandungan asam lambung.

4. Konstipasi dan perdarahan

Konstipasi dapat terjadi pada pasien ulkus, kemungkinan sebagai akibat dari diet dan obat-obatan. Pasien dapat juga datang dengan perdarahan gastrointestinal sebagian kecil pasien yang mengalami akibat ulkus akut sebelumnya tidak mengalami keluhan, tetapi mereka menunjukkan gejala setelahnya.

F. Penatalaksanaan

Menurut Sylvia A. Price (2006), yaitu:

1. Intervensi bedah (Laparotomi)

Tujuan dari dilakukannya laparatomi adalah membuang setiap material asing di rongga peritoneum yang dapat menghambat fungsi leukosit dan mendorong pertumbuhan bakteri (seperti darah, makanan, sekresi lambung). Laparatomi dilakukan segera setelah upaya suportif dikerjakan.

2. Penurunan stress dan Istirahat

Pasien memerlukan bantuan dalam mengidentifikasi situasi yang penuh stres atau melelahkan. Gaya hidup terburu-buru dan jadwal tidak teratur dapat memperberat gejala dan mempengaruhi keteraturan pola makan dan pemberian obat dalam lingkungan yang rileks. Selain itu dalam upaya mengurangi stres, pasien juga mendapat keuntungan dari periode istirahat teratur selama sehari, sedikitnya selama fase akut penyakit.

3. Penghentian Merokok

Penelitian menunjukkan bahwa merokok terus menerus dapat menghambat secara bermakna perbaikan ulkus. Oleh karena itu pasien sangat dianjurkan untuk berhenti merokok.

4. Modifikasi Diet

Tujuan diet untuk pasien ulkus peptikum adalah untuk menghindari sekresi asam yang berlebihan dan hipermotilitas saluran GI. Hal ini dapat diminimalkan dengan menghindari suhu ekstrim dan stimulasi berlebihan makan ekstrak, alkohol, dan kopi. Selain itu, upaya dibuat untuk menetralkan asam dengan makan tiga kali sehari makanan biasa.

5. Obat-obatan

Saat ini, obat-obatan yang paling sering digunakan dalam pengobatan ulkus mencakup antagonis reseptor histamin, yang menurunkan sekresi asam dalam lambung; inhibitor pompa proton, yang juga menurunkan sekresi asam; agen sitoprotektif, yang melindungi sel mukosa dari asam atau NSAID; antasida; antikolinergis, yang menghambat sekresi asam; atau kombinasi antibiotik dengan garam bismut yang menekan bakteri *H. Pylori*.

G. Komplikasi

Menurut Mansjoer (2006), komplikasi potensial dari ulkus peptikum adalah :

1. Hemoragi-gastrointestinal atas, gastritis dan hemoragi akibat ulkus peptikum adalah dua penyebab paling umum perdarahan saluran GI.

2. Perforasi, merupakan erosi ulkus melalui mukosa lambung yang menembus ke dalam rongga peritoneal tanpa disertai tanda.
3. Penetrasi atau Obstruksi, penetrasi adalah erosi ulkus melalui serosa lambung ke dalam struktur sekitarnya seperti pankreas, saluran bilier atau omentum hepatic.
4. Obstruksi pilorik terjadi bila areal distal pada sfingter pilorik menjadi jaringan parut dan mengeras karena spasma atau edema atau karena jaringan parut yang terbentuk bila ulkus sembuh atau rusak.

H. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Sylvia A. Price (2006), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita ulkus peptikum yaitu:

1. Pemeriksaan dengan barium terhadap saluran GI atas dapat menunjukkan adanya ulkus, namun endoskopi adalah prosedur diagnostic pilihan.
2. Endoskopi GI atas digunakan untuk mengidentifikasi perubahan inflamasi, ulkus dan lesi. Melalui endoskopi mukosa dapat secara langsung dilihat dan biopsy didapatkan. Endoskopi telah diketahui dapat mendeteksi beberapa lesi yang tidak terlihat melalui pemeriksaan sinar X karena ukuran atau lokasinya.
3. Feces dapat diambil setiap hari sampai laporan laboratorium adalah negatif terhadap darah samar.

4. Pemeriksaan sekretori lambung merupakan nilai yang menentukan dalam mendiagnosis aklorhidria (tidak terdapat asam hidroklorida dalam getah lambung) dan sindrom Zollinger-Ellison. Nyeri yang hilang dengan makanan atau antasida, dan tidak adanya nyeri yang timbul juga mengidentifikasi adanya ulkus.
5. Adanya *H. Pylori* dapat ditentukan dengan biopsi dan histologi melalui kultur, meskipun hal ini merupakan tes laboratorium khusus. serta tes serologis terhadap antibodi pada antigen *H. Pylori*.

I. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan (Nursalam, 2010). Pengkajian untuk pasien yang menjalani post op laparotomi dengan indikasi ulkus peptikum (perforasi gaster) menurut Doenges E, dkk (2010).

a. Neurosensori

Gejala: Pusing atau tidak, penglihatan baik atau tidak,
pendengaran baik atau tidak.

Tanda: GCS, kesadaran, pupil, dan tekanan darah.

b. Sirkulasi

Gejala: Riwayat hipertensi, penyakit jantung

Tanda: Tanda vital dalam rentang normal, CRT, konjungtiva

anemis atau tidak, akral badan hangat, tachikardi.

c. Pernafasan

Gejala: sesak nafas, penciuman baik

Tanda: RR dalam rentang normal, cuping hidung atau tidak,
penciuman baik atau tidak.

d. Nyeri/ Ketidaknyamanan

Gejala: Letak lokasi nyeri, durasi nyeri, nyeri abdomen.

Tanda: Skala nyeri, wajah meringis atau tidak.

e. Makanan/ Cairan

Gejala: Pasien berapa kali makan di rumah dan di rumah
sakit, kehilangan nafsu makan, adanya penurunan
berat badan, mual, muntah, dan anoreksia

Tanda: Turgor kulit, edema, porsi makan, dan mukosa bibir pasien
lembab.

f. Eliminasi

Gejala: Perubahan pada pola eliminasi (Bak/ Bab)

Tanda: Distensi abdomen, tidak ada edema, klien menggunakan
kateter, warna urin, konsistensi.

g. Seksualitas

Gejala: Masalah seksualitas misalnya dampak pada hubungan,
perubahan tingkat kepuasan.

h. Aktivitas/istirahat

Gejala: Kelemahan atau keletihan, perubahan pada pola istirahat dan jam kebiasaan tidur malam hari, keterbatasan dalam hobi.

i. Hygiene

Gejala: Ketidakmampuan dalam merawat diri, turgor kulit, tidak kering, tidak bau badan.

j. Integritas Ego

Gejala: Ansietas, ketakutan, emosional, perasaan tidak berdaya

Tanda: Terlihat tegang, gelisah, diaporesis, dan depresi.

k. Interaksi Sosial

Gejala: Ketidakmampuan aktif dalam sosial atau kelemahan sistem pendukung.

l. Penyuluhan/ Pembelajaran

Gejala: Riwayat dalam penyakit yang lama ulkus peptikum

m. Safety

Gejala: Warna kulit sianosis, demam, resiko jatuh.

n. Discharge Planning

Gejala: Memerlukan bantuan dalam rencana pulang seperti obat-obatan, pengobatan, perawatan pada luka.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pertanyaan singkat dan pasti tentang masalah pasien dan serta penyebabnya yang dapat dipecahkan melalui tindakan keperawatan (Carpenito, 2010).

Diagnosa keperawatan didapat setelah data-data yang dikumpulkan dan dianalisis. Diagnosa keperawatan menunjukkan masalah pasien, orang terdekat atau perawat yang memerlukan intervensi keperawatan dan penatalaksanaan. Pilihan dari diagnosa keperawatan individu di validasi dengan faktor yang berhubungan atau resiko atau tanda gejala yang paling konsisten berkenaan dengan situasi dan kondisi medis.

Adapun diagnosa keperawatan untuk pasien yang menjalani post op laparatomi dengan indikasi ulkus peptikum (perforasi gaster) menurut Doenges E, dkk (2010) adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri berhubungan dengan agen injury (fisik, biologi, kimia, psikologis), kerusakan jaringan.
- b. ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, nyeri abdomen.
- c. Konstipasi berhubungan dengan ketidakadekuatan defekasi, kelemahan otot abdominal.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri, imobilisasi
 - e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri/ketidaknyamanan, pola aktivitas, kelelahan, kurangnya privacy/control tidur.
3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Tahap perencanaan memberikan kesempatan kepada perawat, pasien, dan orang terdekat untuk mengatasi masalah pasien dan membuat prioritas urutan diagnosa keperawatan (Doenges, dkk, 2010).

Unsur-unsur pada tahap perencanaan adalah sebagai berikut:

- a. Memprioritaskan masalah, yaitu menentukan masalah apa yang memerlukan perhatian atau prioritas masalah yang ditemukan.
- b. Merumuskan tujuan, yaitu yang ditetapkan, harus jelas, dapat diukur, dan realistis dengan menggunakan metode *SMART*, yaitu spesifik (berfokus pada pasien), *measurable* (dapat diukur), *reasonable* (sesuai dengan kenyataan), dan *time* (waktu).
- c. Menentukan tindakan keperawatan, yaitu perawat mempertimbangkan beberapa alternatif tindakan yang mungkin berhasil atau mengurangi dan memecahkan masalah.
- d. Rasionalisasi yaitu alasan dari adanya atau dilakukannya tindakan keperawatan.

- e. Menentukan kriteria hasil yang merupakan tolak ukur keberhasilan tindakan keperawatan.

Perencanaan tindakan keperawatan pada pasien yang menjalani post op laparatomi dengan indikasi ulkus peptikum (perforasi gaster) yang diambil penulis dari perencanaan. Adapun diagnosa “Rencana Asuhan Keperawatan” menurut Doenges E, dkk (2010) yang tercantum pada halaman selanjutnya yaitu sebagai berikut:

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan (Donges. E. Marlyn, 2010).

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen injuri (fisik, biologi, kimia, psikologis), kerusakan jaringan.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain Level, ❖ pain control, ❖ comfort level <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan 	<p>1.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>1.2 Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>1.3 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan,</p>

		<p>menggunakan manajemen nyeri 0-3</p> <p>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>5. Tanda vital dalam rentang normal</p> <p>6. Tidak mengalami gangguan tidur</p>	<p>pencahayaan dan kebisingan</p> <p>1.4 Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>1.5 Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>1.6 Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin</p> <p>1.7 Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri:</p> <p>1.8 Monitor vital sign</p>
2.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Berhubungan dengan</p>	<p>❖ Nutritional status: Adequacy of nutrient</p> <p>❖ Nutritional Status :</p>	<p>2.1 Kaji adanya alergi makanan</p> <p>2.2 Kolaborasi dengan ahli</p>

	<p>Mual, muntah, nyeri abdomen.</p>	<p>food and Fluid Intake</p> <p>❖ Weight Control</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama....nutrisi kurang teratasi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Albumin serum 2. Pre albumin serum 3. Hematokrit 4. Hemoglobin 5. Total iron binding capacity 6. Jumlah limfosit 	<p>gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</p> <p>2.3 Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>2.4 Monitor adanya penurunan BB dan gula darah</p> <p>2.5 Monitor lingkungan selama makan</p> <p>2.6 Monitor turgor kulit</p> <p>2.7 Monitor mual dan muntah</p> <p>2.8 Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan</p>
--	-------------------------------------	---	---

			<p>jaringan konjungtiva</p> <p>2.9 Monitor intake nutrisi</p>
3.	<p>Konstipasi berhubungan dengan ketidakadekuatan defekasi, kelemahan otot abdominal.</p>	<p>❖ Bowl Elimination</p> <p>❖ Hidration</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam konstipasi pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pola BAB dalam batas normal 2. Feses lunak 3. Cairan dan serat adekuat 4. Aktivitas adekuat 5. Hidrasi adekuat 	<p>Manajemen konstipasi</p> <p>3.1 Identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi</p> <p>3.2 Monitor tanda-tanda ruptur bowel/peritonitis</p> <p>3.3 Jelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien</p> <p>3.4 Konsultasikan dengan dokter tentang peningkatan dan penurunan bising usus</p> <p>3.5 Kolaborasi jika</p>

			<p>ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap</p> <p>3.6 Jelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi</p> <p>3.7 Kolaborasi dengan ahli gizi diet tinggi serat dan cairan</p> <p>3.8 Dorong peningkatan aktivitas yang optimal</p> <p>3.9 Sediakan privacy dan keamanan selama BAB</p>
4.	Intoleransi aktivitas Berhubungan dengan nyeri, tirah baring atau imobilisasi	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Self Care : ADLs ❖ Toleransi aktivitas ❖ Konservasi energi <p>Setelah dilakukan</p>	4.1 Observasi adanya pembatasan klien dalam

		<p>tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam</p> <p>Pasien bertoleransi terhadap aktivitas dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri 3. Keseimbangan aktivitas dan istirahat 	<p>melakukan aktivitas</p> <p>4.2 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan</p> <p>4.3 Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaporesis, pucat, perubahan hemodinamik)</p> <p>4.4 Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien</p> <p>4.5 Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam</p>
--	--	--	---

			<p>beraktivitas</p> <p>4.6 Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan</p> <p>4.7 Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual</p> <p>4.8 Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik</p>
5.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri/ketidaknyamanan, pola aktivitas, kelelahan, kurangnya privacy/control tidur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Anxiety Control ❖ Comfort Level ❖ Pain Level ❖ Rest : Extent and Pattern ❖ Sleep : Extent and Pattern <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, gangguan pola tidur pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah jam tidur dalam batas 	<p>Sleep Enhancement</p> <p>5.1 Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur</p> <p>5.2 Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat</p> <p>5.3 Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur</p>

		<p>normal</p> <p>2. Perasaan fresh sesudah tidur/istirahat</p> <p>3. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur</p>	<p>(membaca)</p> <p>5.4 Ciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>5.5 Kolaborasi pemberian obat tidur</p>
--	--	---	--

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan (Setiadi 2012). Komponen tahap implementasi diantaranya sebagai berikut:

a. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa pesanan dokter.

Tindakan keperawatan mandiri ini di tetapkan dengan Standart undang – undang kerawatan Republik Indonesia No. 38 tahun 2014.

b. Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan yang di lakukan oleh perawat bila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahap untuk mengetahui masalah pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi asuhan keperawatan adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya (Setiadi 2012).

Setiap diagnosa keperawatan pada rencana klien mempunyai tujuan dan setiap tujuan mempunyai batasan waktu untuk dievaluasi. Perawat mengevaluasi tujuan setelah membandingkan temuan *evaluative* dengan semua hasil yang diharapkan. Ketika tujuan telah terpenuhi, perawat mengetahui bahwa intervensi telah berhasil dan bahwa klien mengalami kemajuan (Potter & Perry, 2005). Ada empat alternatif dalam menafsirkan hasil evaluasi:

- a. Masalah teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan tingkah laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.
- b. Masalah sebagian teratasi: Masalah sebagian teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

- c. Masalah belum teratasi: Masalah belum teratasi apabila pasien sama sekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan timbul masalah yang baru.
- d. Timbul masalah yang baru: Masalah yang timbul atau muncul yang baru lagi pada pasien dengan menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan yang baru pada kondisi kesehatan lain.

6. Dokumentasi

a. Definisi

Dokumentasi adalah laporan baik komunikasi secara lisan, tertulis maupun melalui komputer untuk menyampaikan informasi kepada orang lain (Koizer 2006).

Dokumentasi dalam keperawatan adalah bagian dari kegiatan yang dikerjakan oleh perawat setelah memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Dokumentasi keperawatan mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan dilaksanakan. Di samping itu dokumentasi dijadikan sebagai wahana komunikasi dan koordinasi antar profesi yang dapat dipergunakan untuk mengungkapkan suatu fakta aktual untuk dipertanggung jawabkan.

b. Prinsip – prinsip pencatatan

Prinsip pencatatan di tinjau dari dua segi, yaitu dari segi isi dan dari teknik pencatatan.

1) Isi pencatatan

a) Mengandung nilai administratif

Misalnya rangkaian pendokumentasian kegiatan pelayanan keperawatan merupakan alat pembelaan yang sah manakala terjadi gugatan.

b) Mengandung nilai hukum

Catatan medis kesehatan keperawatan dapat dijadikan sebagai pegangan hukum bagi rumah sakit, petugas kesehatan, maupun pasien,

c) Mengandung nilai keuangan

Kegiatan pelayanan medis keperawatan akan menggambarkan tinggi rendahnya biaya perawatan yang merupakan sumber perencanaan keuangan rumah sakit

d) Mengandung nilai riset

Pencatatan mengandung data, ataupun informasi, atau bahan yang dapat digunakan sebagai objek penelitian, karena dokumentasi merupakan informasi yang terjadi di masa lalu.

e) Mengandung nilai edukasi

Pencatatan medis keperawatan dapat digunakan sebagai referensi atau bahan pengajaran di bidang profesi sipemakai.

2) Teknik pencatatan

a) Menulis nama pasien pada setiap halaman catatan perawat.

b) Mudah di baca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam

c) Akurat, menulis catatan selalu dimulai dengan menulis tanggal, waktu dan dapat dipercaya secara faktual.

d) Ringkas, singkatan yang biasa digunakan dan dapat di terima, dapat dipakai

e) Pencatatan mencakup keadaan sekarang dan waktu lampau.

f) Jika terjadi kesalahan saat pencatatan, coret satu kali kemudian tulis kata "salah" di atasnya serta paraf dengan jelas. Dilanjutkan dengan informasi yang benar " jangan dihapus". Validitas pencatatan akan rusak jika ada penghapusan.

g) Tulis nama jelas pada setiap hal yang telah dilakukan dan bubuhi tanda tangan.

- h) Jika pencatatan bersambung pada halaman baru, tanda tangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.
- i) Jelaskan temuan pengkajian fisik dengan cukup terperinci. Hindari penggunaan kata seperti “sedikit” dan “banyak” yang mempunyai tafsiran dan harus dijelaskan agar bisa dimengerti.
- j) Jelaskan apa yang terlihat, terdengar, terasa dan tercium pada saat pengkajian. Jangan menafsirkan perilaku pasien, kecuali jika kesimpulan tersebut di validasi.
- k) Jika pasien tidak dapat memberikan informasi saat pengkajian awal, coba untuk mendapatkan informasi dari anggota keluarga atau teman dekat atau kalau tidak ada catat alasannya.

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian.....	42
B. Diagnosa Keperawatan.....	53
C. Perencanaan.....	54
D. Pelaksanaan.....	58
E. Evaluasi.....	63
F. Dokumentasi.....	

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	71
B. Diagnosa Keperawatan.....	73
C. Perencanaan.....	75
D. Pelaksanaan.....	76
E. Evaluasi.....	77

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada bapak S yang menjalani post operasi laparatomi ulkus peptikum (perforasi gaster) di Ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang dilaksanakan selama 3 hari yaitu tanggal 25 - 27 Juni 2015, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian yang ditemukan pada klien tidak selalu sama karena respon individu berbeda – beda satu sama lainnya. Pada kasus ini pengkajian pada hari pertama terhadap bapak S yang menjalani post operasi laparatomi ulkus peptikum (perforasi gaster) didapatkan tanda dan gejala yaitu klien mengatakan nyeri.

2. Diagnosa Medis

Diagnosa keperawatan yang penulis dapatkan berdasarkan hasil pengkajian tanggal 25-27 Juni 2015 pada bapak S yang menjalani post operasi laparatomi ulkus peptikum (perforasi gaster) yaitu:

- a. Nyeri berhubungan dengan Agen injury fisik
- b. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Nyeri, imobilisasi

- c. Gangguan Pola tidur berhubungan dengan Nyeri
- d. Konstipasi berhubungan dengan Kelemahan otot abdominal
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan Tindakan invasif

3. Perencanaan

Perencanaan disusun dengan cara menentukan prioritas masalah, tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan kemudian menentukan rencana tindakan keperawatan.

Perencanaan yang disusun sesuai teori tetapi ada sebagian besar perencanaan yang dimodifikasi yang disesuaikan dengan kemampuan perawat serta sarana dan prasarana dari rumah sakit

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah dibuat atau perencanaan yang telah ditentukan tidak ditemukan hambatan dalam proses pelaksanaan dikarenakan dukungan keluarga dan sikap kooperatif klien dan keluarga.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan setelah melakukan tindakan keperawatan atau disebut juga evaluasi proses, sedangkan evaluasi hasil dilakukan sesuai dengan batasan waktu ditentukan dalam tujuan keperawatan. Dalam evaluasi semua kriteria evaluasi dapat teratasi dengan kondisi klien serta keadaan saat ini. Adapun diagnosa keperawatan yang

teratasi yaitu:

- a. Nyeri berhubungan dengan agen injury fisik
- b. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Nyeri, imobilisasi
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur pembedahan invansif

B. Saran-saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar dapat memberikan dan menambah referensi yang ada dipergustakaan dan buku-buku yang ada diharapkan menggunakan tahun yang baru karena kebanyakan buku yang ada dari tahun 90an sedangkan referensi yang digunakan menggunakan tahun minimal 2003 keatas sehingga didalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini mahasiswa tidak mengalami kesusahan di dalam mencari literatur.

2. Bagi Mahasiswa

Diharapkan kepada mahasiswa untuk lebih aktif mencari informasi dan ilmu kesehatan guna mendapatkan pengetahuan yang lebih dan dapat diterapkan pada saat praktek dan memudahkan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

3. Bagi Rumah Sakit

Dalam rangka meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan kepada pelayanan hendaknya rumah sakit terus meningkatkan sumber

daya manusia dalam melaksanakan pelatihan atau seminar untuk perawat serta menyediakan fasilitas yang sesuai dengan standard dan prosedur keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Akil, H.A.M. (2006). *Ilmu Penyakit Dalam. Departemen Ilmu Penyakit Dalam. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.*

Arif, Mansjoer, dkk., (2006), *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi 3, Medica Aesculpalus, FKUI, Jakarta.

Guyton AC, Hall JE.(2006) *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 11. Penterjemah: Irawati, Ramadani D, Indriyani F. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Price, Sylvia Anderson. (2006). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC

Brashers, Valentina L. (2007). *Aplikasi Klinis Patofisiologi: pemeriksaan dan manajemen* ; alih bahasa H.Y Kuncara ; editor edisi bahasa Indonesia, Devi Yulianti, Edisi 2. Jakarta : EGC.

Kee, Joyce LeFever, (2007), *Pedoman Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik*, Edisi 6, EGC, Jakarta.

Silbernagl Stefan, Lang Florian.(2007).*Color Atlas Of Pathophysiology*. Jakarta:EGC

Silitonga, P.M.,(2007), *Statistik Teori dan Aplikasi dalam Penelitian*. Penerbit FMIPA UNIMED, Medan.

Alimul Aziz, H. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.

Doenges. E. Marilyn. (2010). *Rencana Asuhan Keperawatan*. EGC, Jakarta.

Corwin, Elizabeth J. (2010). *Buku Saku PATOFISIOLOGI*. Jakarta : EGC.

Nursalam. (2010). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Muttaqin, Arif & Sari, Kurmala. (2011). *Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal bedah*. Jakarta : Salemba medika

Radhika, J., dan Ganesh, K. (2012). *Protective Effect Of Annona Squamosa Linn. Leaf Extract on HCl-Ethonal Induced Gastric Ulcer in Albino Rats. International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Science*.

Amandeep, K.et al. (2012). *Peptic Ulcer:A Review on Etiologi and Pathogenesis. International Research Journal of Pharmacy*.

Sulhan. (2014), <http://deviulan5.blogspot.com/2014/02/ulkus-peptikum.html>. diambil pada tanggal 01 juli 2015.

Exka saputra. (2012), <http://exkasaputra.blogspot.com/2012/10/askep-ulkus-peptikum.html>. diambil pada tanggal 01 juli 2015.

Skripsi-skripsi kedokteran:prevalensi dan karakteristik sosiodemografi ulkus peptikum. (2014), http://skripsi-skripsiun.blogspot.com/2014/11/contoh-skripsi-skripsi_27.html. diambil pada tanggal 03 juli 2015.