ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN KEGAWATDARURATAN PADA PASIEN PERDARAHAN ABDOMEN (MELENA)

Oleh Kelompok 12

ANGGOTA KELOMPOK

- Isnaini Nur Annisa SKA12022020
- Nadia Maulida Putri SKA12022022
- Yoga Andriyansah SKA12022043

PENGERTIAN

Melena adalah kondisi keluarnya feses berwarna hitam pekat akibat perdarahan pada saluran cerna bagian atas. Warna gelap terjadi karena darah yang tercerna oleh asam lambung dan enzim pencernaan. Secara klinis, melena merupakan indikator penting adanya perdarahan gastrointestinal atas. (Dewi et al., 2024)

ETIOLOGI

Melena umumnya disebabkan perdarahan saluran cerna bagian atas yang terjadi pada tukak lambung atau duodenum, varises esofagus/gaster akibat hipertensi portal, gastritis atau duodenitis erosif, ruptur Mallory-Weiss, serta lesi neoplastik. Kondisi ini sering dipicu oleh infeksi Helicobacter pylori, penggunaan NSAID, aspirin, antikoagulan, gangguan fungsi hati kronis, gangguan koagulasi, usia lanjut, dan komorbiditas sistemik.

PATOFISIOLOGIS

Melena terjadi akibat perdarahan pada saluran cerna bagian atas (esofagus distal, lambung, atau duodenum), di mana darah bercampur dengan isi cerna dan mengalami proses kimiawi–enzimatis oleh asam lambung, enzim pencernaan, dan flora usus yang mengubah hemoglobin menjadi pigmen gelap seperti hematin. Proses ini menghasilkan feses hitam pekat, lengket, dan berbau menyengat. Umumnya dibutuhkan sekitar 100–200 mL darah agar melena tampak jelas, sementara perdarahan cepat dan masif dapat menghasilkan hematochezia. Selain itu, perdarahan dari usus halus atau kolon kanan juga dapat menyebabkan melena bila transit usus lambat sehingga darah sempat teroksidasi.

MANISFESTASI KLINIS

Melena ditandai keluarnya feses hitam pekat, licin, berbau menyengat, menyerupai “tarry” akibat degradasi darah di saluran cerna bagian atas. Pasien dapat mengalami gejala sistemik seperti pusing, lemah, takikardia, hipotensi, sampai tanda anemia bila perdarahan signifikan, serta kadang nyeri epigastrium, mual, atau muntah sesuai etiologi. Pada perdarahan berat dapat muncul tanda syok hipovolemik, sedangkan hematemesis dapat menyertai jika sumber perdarahan berada di lambung atau esofagus distal.

KOMPLIKASI

a. Anemia / Kekurangan darah
- Kehilangan darah berulang menyebabkan penurunan hemoglobin hingga anemia post-hemoragik, ditandai kelemahan dan menurunnya kapasitas oksigen.

b. Syok hipovolemik / Instabilitas hemodinamik
- Perdarahan berat dapat memicu hipotensi, takikardia, penurunan perfusi jaringan, hingga syok hipovolemik yang berpotensi mengancam nyawa.

c. Malnutrisi & gangguan status nutrisi
- Melena kronis dapat menurunkan status nutrisi akibat kehilangan darah, berkurangnya nafsu makan, dan pembatasan asupan selama fase perawatan.

d. Perburukan komorbiditas kardiovaskular
- Anemia dan instabilitas hemodinamik dapat memperberat penyakit jantung, memicu iskemia miokard atau dekompensasi, terutama pada pasien lansia.

e. Perdarahan ulang / komplikasi struktural saluran cerna
- Sumber perdarahan yang tidak tertangani dapat menyebabkan re-bleeding, perburukan mukosa, hingga komplikasi seperti perforasi.

PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan darah : Hb, hematokrit, koagulasi, fungsi hati, tipe & cross-match.
2. Aspirasi NGT : Cek darah segar atau “coffee-ground” di lambung.
3. EGD : Visualisasi esofagus, lambung, duodenum; bisa terapi langsung.
4. Pemeriksaan feses : Tes darah samar (occult blood) jika perdarahan tidak terlihat.
5. Pencitraan lanjutan : CT scan atau angiografi jika EGD tidak menemukan sumber.

PENATALAKSANAAN MEDIS

1. Stabilisasi & Resusitasi : Pastikan ABC (airway, breathing, circulation), beri oksigen, akses 2 IV besar, cairan kristaloid/kolloid, transfusi RBC jika Hb ≤ 7–8 g/dL.
2. Obat & PPI : PPI dosis tinggi untuk ulkus/non-varises; obat vasoaktif dan antibiotik profilaksis untuk varises.
3. Endoskopi (EGD) : Dilakukan ≤24 jam, diagnostik dan terapeutik (injeksi, koagulasi, klip hemostatik).
4. Tindak Lanjut & Pencegahan : PPI pasca-terapi untuk ulkus, ligasi atau terapi lanjutan untuk varises, cegah re-bleeding.

PENATALAKSANAAN KEPERAWATAN

1. Pasang 2 IV besar, pantau tanda vital, catat input-output cairan.
2. Monitor Hb, hematokrit, elektrolit, trombosit; khususnya saat transfusi.
3. Siapkan pasien untuk endoskopi: NPO, stabil hemodinamik, edukasi, bantu pemberian obat.
4. Observasi komplikasi/re-bleeding: feses, muntah, darah segar, tanda vital.
5. Edukasi pasien & keluarga: faktor risiko, kepatuhan obat, tanda bahaya re-bleeding.
6. Nutrisi & pemulihan: pemberian enteral dini setelah perdarahan stabil untuk mencegah malnutrisi.

ASUHAN KEPERAWATAN

Tn. S, seorang laki-laki berusia 56 tahun, datang ke rumah sakit dengan keluhan utama nyeri di area anus dan abdomen yang disertai wajah meringis, mual, serta penurunan nafsu makan. Riwayat penyakit saat ini menunjukkan bahwa Tn. S sebelumnya telah mengalami mual, muntah, badan lemas, dan pernah dirawat karena keluhan muntah dan BAB berwarna hitam (melena). Setelah pulang, keluhan muntah darah dan BAB hitam muncul kembali. Secara fisik, Tn. S tampak lemas dan lelah, namun kesadaran pasien kompos mentis dengan GCS 15. Tanda-tanda vital berada dalam batas normal (TD 130/80 mmHg, Nadi 80x menit, RR 20 xmenit, Suhu 36.6˚C. Pengkajian sistem pencernaan mengungkapkan adanya nausea dan riwayat BAB hitam (melena) sebelum masuk rumah sakit, meskipun saat di rumah sakit konsistensi BAB sudah seperti bubur berwarna kuning. Pasien juga menunjukkan tanda-tanda anemia ringan berdasarkan hasil laboratorium pada 17-01-2022, yaitu Hemoglobin 10.00 g/dL dan Hematokrit 30.70%, dengan morfologi sel darah merah mikrositik hipokromik (MCV 73.7 fmol/cell, MCH 23.9 Pg). Selain itu, terdapat peningkatan Leukosit (Leukositosis 10.72 10^3/µl) dan Trombosit (Trombositosis 615.00 10^3/µl). Dalam konteks perawatan diri, Tn. S membutuhkan bantuan dalam hal mandi, berpakaian, toileting/eliminasi, dan berpindah di tempat tidur. Pasien telah menerima transfusi PRC selama dua hari dan menjalani endoskopi. Penatalaksanaan medis yang diberikan antara lain obat anti-nyeri (Antrain), obat lambung (Omeprazole), anti-mual (Ondancentron), dan obat untuk menenangkan pasien (Midazolam), di samping penggantian cairan (NS 500ml). Meskipun mengalami sakit, persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah penerimaan, meyakini ini sebagai ujian, dan tetap melaksanakan ibadah shalat 5 waktu.

PENGKAJIAN

Tn. S, 56 tahun, mengeluhkan nyeri abdomen dan anus, mual, serta penurunan nafsu makan. Pasien sebelumnya muntah dan BAB hitam pekat (melena), hingga dibawa ke IGD. Riwayat penyakit pribadi dan keluarga bebas DM, hipertensi, atau penyakit hati.

Pemeriksaan fisik: kompos mentis (GCS 15), TD 130/80 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20x/menit, suhu 36.6°C. Pasien tampak lemas, meringis, dan memerlukan bantuan untuk aktivitas sehari-hari. BAB saat ini bubur kuning 1x/hari, nyeri tekan abdomen/anus, mual. Sistem lain normal.

Laboratorium: anemia ringan (Hb 10 g/dL, Ht 30.7%), leukositosis, trombositosis. Endoskopi telah dilakukan. Terapi: transfusi PRC, PPI (Omeprazole), analgesik (Antrain), anti-mual (Ondansetron), pelancar BAB (Lactulac).

Pasien menerima kondisinya, berharap sembuh, dan tetap menjalankan sholat 5 waktu.

DIAGNOSA

1

Data	Etiologi	Problem
DS: -Pasien mengatakan ada nyeri di area anus dan area abdomen. -Pasien mengatakan telah mengalami muntah darah dan BAB berwarna hitam (melena) sebelumnya. DO -Pasien tampak meringis. -Hasil Laboratorium: Hemoglobin 10.00 g/dL dan Hematokrit 30.70% (Anemia ringan, menunjukkan kehilangan darah kronis). - Hasil Laboratorium: Trombositosis 615.00 dan Leukositosis 10.72 (Mungkin respon terhadap perdarahan atau kondisi inflamasi/infeksi). - Riwayat telah menerima transfusi darah PRC. -Telah dilakukan Endoskopi (untuk mengidentifikasi sumber perdarahan).	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut

2

DS - Pasien mengatakan badan terasa lemas dan cepat capek. - Pasien mengeluhkan mual dan tidak nafsu makan. - Pasien mengatakan pernah muntah darah dan BAB berwarna hitam sebelumnya. Do - Riwayat BAB hitam (melena) sebelum dirawat. - Hb 10 g/dL dan Ht 30,7% (indikasi anemia akibat kehilangan darah). - Pasien tampak lemas, wajah meringis, dan aktivitas terbatas. - Pasien telah menerima transfusi PRC selama 2 hari. - Trombosit 615.000/µL (respon kompensasi perdarahan). - Leukosit 10.72 x10³/µL (respon inflamasi).	Perdarahan (kehilangan darah aktif akibat melena)	Risiko Ketidakseimbangan Cairan

3

Ds - Pasien mengatakan badan terasa lemas dan lelah. Do - Pasien tampak lemas dan lelah. - Hasil Laboratorium: Anemia (Hb 10.00 g/dL, Ht 30.70%). - Skor Kemampuan Perawatan Diri (Mandi, Berpakaian, Toileting, Berpindah, Berjalan) menunjukkan skor 3, artinya Dibantu orang lain dan alat (Ketergantungan). - Pemeriksaan Muskuloskeletal: ROM bebas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas

1 PERENCANA KEPERAWATAN

No	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Risiko Ketidakseimbangan Cairan b.d Perdarahan (kehilangan darah aktif akibat melena)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam Maka keseimbangan volume cairan meningkat dengan kriteria hasil 1. Tekanan darah stabil dalam batas normal 2. Frekuensi nadi dalam batas normal 3. Meningkatnya energi dan kemampuan aktivitas 4. Mukosa mulut lembab (tidak kering) 5. Produksi urin ≥ 0,5 ml/kg/jam 6. Tidak ada tanda dehidrasi (turgor kulit baik, CRT normal) 7. Hemoglobin dan hematokrit membaik setelah terapi	Manajemen cairan Observasi 1. Monitor status hidrasi (mis. Frekuesi nadi, kekuatan nadi, akral, pengesian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit,td) 2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematokrit, Na, K, Cl, Berat Jenis urine, BUN) Teraupetik 1. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam 2. Berikan cairan intravena, jika perlu	1. Mendeteksi perubahan perfusi dan sirkulasi akibat kehilangan cairan, memungkinkan intervensi sebelum syok. 2. Menilai kehilangan cairan, ketidakseimbangan elektrolit, dan fungsi ginjal. 3. Menilai defisit/kelebihan cairan dan respons terhadap terapi. 4. Mengembalikan volume darah, menjaga tekanan darah, mencegah syok.

2 PERENCANA KEPERAWATAN

2.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam Maka tingkat nyeri menurun Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik	Menejeman nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualittas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Teraupetik 1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 1. Kolaboarasi dengan dokter pemberian analgertik Antrain 1x2 (500mg)	1. Untuk mengetahui lokasi nyeri pada pasien 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien 3. Untuk mengalihkan rasa nyeri yang dirasa 4. Agar pasien dapat istirahat meredakan nyeri 5. Agar pasien mampu secara mandiri untuk mengontrol nyeri yang dirasakan 6. Untuk mengatasi rasa nyeri

3 PERENCANA KEPERAWATAN

3.	Intoleransi Aktivitas b.d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam Maka toleransi Aktivitas meningkat dengan kreteria hasil : 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat 3. Keluhan Lelah menurun 4. Perasaan lemah menurun	Manajemen energi Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Teraupetik 1. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan. 2. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang atau memburuk. 2. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan	1. Mengetahui penyebab kelelahan untuk intervensi tepat. 2. Menilai tingkat kelelahan dan efeknya pada aktivitas sehari-hari. 3. Menentukan area yang memerlukan perhatian dan mencegah cedera atau kelelahan berlebihan. 4. Mengurangi stres dan kelelahan emosional. 5. Meningkatkan toleransi aktivitas dan mencegah pusing atau kelelahan berlebihan saat berdiri. 6. Memastikan penanganan segera jika kelelahan memburuk. 7. Membantu pasien mengelola kelelahan dan meningkatkan kemandirian.

ANALISIS KRITIS DAN DISKUSI KLINIS

1. Kasus Tn. S menunjukkan gambaran melena klasik, ditandai dengan BAB hitam pekat, lengket, dan berbau menyengat akibat degradasi darah oleh asam lambung. Pasien juga mengalami lemas, mual, penurunan nafsu makan, serta anemia ringan (Hb 10 g/dL, Ht 30,7%), yang sesuai dengan teori bahwa perdarahan saluran cerna dapat menyebabkan anemia post-hemoragik dan penurunan toleransi aktivitas. Hasil laboratorium menunjukkan anemia mikrositik hipokromik dan trombositosis sebagai respons kompensasi tubuh terhadap kehilangan darah.
2. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan meliputi risiko ketidakseimbangan cairan akibat kehilangan darah aktif, nyeri akut terkait iritasi mukosa dan perdarahan, serta intoleransi aktivitas akibat ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosa ini sesuai data subjektif dan objektif pasien serta teori yang relevan, dan disusun berdasarkan pendekatan SLKI-SIKI.
3. Intervensi yang diberikan meliputi manajemen cairan dengan monitoring TTV, laboratorium, pencatatan intake-output, dan pemberian cairan intravena untuk stabilisasi hemodinamik; manajemen nyeri melalui analgesik, istirahat, edukasi, dan pendekatan nonfarmakologis; serta manajemen energi untuk intoleransi aktivitas melalui fasilitasi aktivitas ringan, pemantauan kelelahan, dan edukasi koping.
4. Secara keseluruhan, kasus ini konsisten dengan teori melena dan pedoman klinis, termasuk penggunaan transfusi PRC dan endoskopi sebagai pemeriksaan dan tindakan terapeutik definitif. Asuhan keperawatan menekankan stabilisasi hemodinamik sesuai prioritas ABC, pemantauan risiko perdarahan ulang, serta edukasi dan dukungan psikologis yang sesuai pendekatan holistik.

KESIMPULAN

Melena adalah perdarahan saluran cerna atas yang ditandai feses hitam pekat akibat darah yang dicerna. Penyebab umum meliputi tukak peptik, varises esofagus, gastritis erosif, dan ruptur Mallory-Weiss, dengan faktor risiko seperti H. pylori, NSAID, dan gangguan koagulasi. Gejala meliputi mual, lemas, anemia, dan pada kasus berat dapat terjadi instabilitas hemodinamik. Diagnosis ditegakkan melalui laboratorium dan endoskopi, yang juga dapat menghentikan perdarahan.

Pada Tn. S, ditemukan melena, anemia ringan, kelemahan, dan ketergantungan aktivitas. Asuhan keperawatan difokuskan pada pencegahan ketidakseimbangan cairan, manajemen nyeri, peningkatan toleransi aktivitas, serta edukasi pasien, dengan kolaborasi tim medis untuk mencegah komplikasi dan mendukung pemulihan.

TERIMA KASIH