

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA TN. I
DENGAN ANEMIA DISERTAI MELENA DAN TN. T ANEMIA
DISERTAI CVD DI RUANG PEPAYA RSUD CENKARENG
TAHUN 2022**



Disusun Oleh:

Evi Silviani, S.Kep

22.156.03.11.030

**PROGRAM STUDI PROESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI
2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA TN. I
DENGAN ANEMIA DISERTAI MELENA DAN TN. T ANEMIA
DISERTAI CVD DI RUANG PEPAYA RSUD CENKARENG**

TAHUN 2022

TUGAS AKHIR

**DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK MEMPEROLEH
GELAR PROFESI NERS**



Disusun Oleh:

Evi Silviani, S. Kep

22.156.03.11.030

**PROGRAM STUDI PROESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI
2022**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Evi Silviani, S.Kep

NPM : 211560311030

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan Judul Asuhan Keperawatan Pada Tn I dengan Anemia disertai Melena dan Tn T Dengan Anemia disertai Cvd Di RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022. Adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 14 November 2022

Bekasi, 14 November 2022

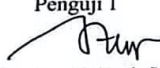
Evi Silviani, S. Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

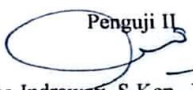
**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor dua Dan
Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

Bekasi, 14 November 2022

Penguji I


Arabta M. Peraten, Pelawi, S.Kep.,Ns.,
M.Kep
NIDN. 0301096505

Penguji II


Lina Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0321108001

Mengetahui :

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

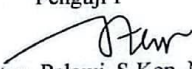
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :


Nama : Evi silviani , S.Kep
NPM : 22.156.03.11.030
Program Studi : Profesi Ners

Judul Tugas Akhir Asuhan Keperawatan Pada Tn. I Anemia dengan Melena dan Tn. T Anemia dengan Cvd di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Tahun 2022. Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 14 November 2022

Penguji I


Arabta M. Peraten, Pelawi, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIDN. 0301096505

Penguji II


Lina Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0321108001

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik
Keperawatan
STIKes Medistra Indonesia

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan
Pendidikan Profesi Ners

Puri Kresnawati, SST.,M.KM
NIDN. 0315078302

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

Disahkan
Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST.,M.Kes
NIDN. 302028001

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn I dengan Anemia disertai Cvd Di RSUD Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2022.” sesuai dengan harapan. Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesaiannya Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Tugas Akhir ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
5. Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni
7. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia
8. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An , selaku Koordinator Mata Kuliah Skripsi
9. Lina Indrawati S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dosen Pembimbing Skripsi
10. Arabta M. Peraten Pelawi S.Kep., Ners., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik

11. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
12. Ns. Andayani Ginting, S.Kep selaku CI RSUD Cengkareng, Jakarta Barat
13. Bapak / Ibu dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia
14. Kedua orang tua dan saudara penulis yang tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
15. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan X STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan	2
1. Tujuan Umum	2
2. Tujuan Khusus	2
BAB II TINJAUAN TEORI.....	3
A. Konsep Dasar Anemia	3
1. Pengerian Anemia.....	3
B. Anatomi dan Fisiologi	4
1. Anatomi sistem hematologi	4
C. Klasifikasi Anemia	7
D. Etiologi	8
E. Patofisiologi.....	9
F. Komplikasi.....	10
G. Manifestasi Klinis.....	10
H. Pathway Keperawatan	11
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN	12
A. Pengkajian Data Dasar Kasus 1	12
B. Analisa Data Pasien Tn. I	25
C. Diagnosa Keperawatan	27

D. Pengkajian Data Dasar Kasus 2	47
E. Analisa Data Pasien Tn. T	60
F. Diagnosa Keperawatan	62
G. <i>Nursing Care Plan</i> (NCP).....	63
BAB IV PEMBAHASAN.....	86
A. Pengkajian	86
B. Diagnosa Keperawatan	87
C. Intervensi Keperawatan	88
D. Implementasi Keperawatan	88
E. Evaluasi Keperawatan	89
BAB V KESIMPULAN.....	90
A. Kesimpulan.....	90
B. Saran	91
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Sel Darah	5
-----------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Kriteria kadar nilai Hb pada Anemia	5
Tabel 2. 2 Pembagian derajat anemia menurut WHO (<i>World Health Organization</i>) dan NCI (<i>National Cancer Institute</i>)	6
Tabel 3. 1 Data Laboratorium	23
Tabel 3. 2 Analisa Data Tn. I	25
Tabel 3. 3 Diagnosa Keperawatan	27
Tabel 3. 4 Intervensi keperawatan	28
Tabel 3. 5 Catatan Keperawatan Hari ke-1	32
Tabel 3. 6 Catatan Keperawatan Hari ke-2	38
Tabel 3. 7 Catatan Keperawatan Hari ke-3	43
Tabel 3. 8 Data Laboratorium	59
Tabel 3. 9 Analisa Data Tn. T	60
Tabel 3. 10 Diagnosa Keperawatan	62
Tabel 3. 11 <i>Nursing Care Plan</i> (NCP).....	63
Tabel 3. 12 Catatan Keperawatan Hari Ke 1.....	68
Tabel 3. 13 Catatan Keperawatan Hari Ke- 2	73
Tabel 3. 14 Catatan Keperawatan Hari Ke- 3	78

DAFTAR SKEMA

Skema 2. 1 Pathway Keperawatan	11
Skema 3. 1 Genogram	16
Skema 3. 2 Genogram	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Kegiatan Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Ners

Lampiran 2 Biografi Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anemia merupakan suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah berkurang atau kurang dari batas normal. Hal ini ditandai dengan penurunan kadar Hb (hemoglobin), Hematokrit, dan jumlah sel darah merah. Hemoglobin membutuhkan zat besi dan protein yang cukup di dalam tubuh untuk menjalankan perannya. Zat besi berfungsi untuk membentuk hemoglobin dalam darah. Sedangkan protein berfungsi dalam mengangkut besi ke sumsum tulang untuk membentuk molekul hemoglobin yang baru (Hanifah et al., 2022).

Masalah Kesehatan dunia terutama di negara berkembang diperkirakan 30% penduduk dunia mengalami anemia. Anemia pada remaja putri sampai saat ini masih sangat cukup tinggi, menurut World Health Organization (WHO) (2013), prevalensi anemia di dunia sekitar 40-88%. Jumlah penduduk remaja (10-19) di Indonesia sebesar 26,2% yang terdiri dari 50% laki-laki dan 49,1% perempuan (Agustin et al., 2019).

Anemia bukan merupakan suatu diagnosis atau penyakit, melainkan merupakan gejala awal suatu penyakit atau gangguan fungsi tubuh. Gejala yang sering dialami yaitu: lemah, pusing, lesu, mata berkunang-kunang, wajah pucat. Anemia merupakan suatu penyakit yang tidak bisa diabaikan, jika tidak ditangani secepatnya dengan baik akan mengakibatkan dampak negative bagi Kesehatan tubuh. Salah satu dampak dari anemia yaitu jika hemoglobin (Hb) dan sel darah merah sangat rendah dapat mengakibatkan kinerja pengangkutan

oksigen menjadi berkurang. Kondisi ini dapat mengakibatkan kerja organ-organ penting, salah satunya otak (Yustisia et al., 2020).

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan diatas maka penulis tertarik untuk menyusun Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn, I dan Tn. Dengan Anemia Di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui dan mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. I dan Tn. T Dengan Anemia Di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat mengetahui teori tentang Anemia
- b. Dapat melakukan pengkajian pada pasien dengan Anemia
- c. Dapat melakukan diagnose keperawatan pada pasien dengan Anemia
- d. Dapat melakukan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Anemia
- e. Dapat melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Anemia
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus pada pasien-pasien dengan Anemia Di RSUD Cengkareng

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Anemia

1. Pengerian Anemia

Anemia merupakan suatu kondisi konsentrasi hemoglobin kurang dari normal. Anemia merefleksikan jumlah eritrosit yang kurang dari normal di dalam sirkulasi yang mengakibatkan jumlah oksigen yang dihantarkan ke jaringan tubuh berkurang. Anemia bukan merupakan suatu penyakit khusus melainkan suatu tanda adanya gangguan yang mendasari. Sejahuh ini anemia merupakan kondisi hematologi yang paling sering terjadi. Terdapat beberapa jenis anemia, sebuah pendekatan fisiologi mengklarifikasikan anemia sesuai dengan penyebab defisiensi eritrosit, apakah disebabkan oleh cacat produksi (anemia hipoproliferatif), oleh destruksi atau penghancuran (anemia hemolitik), atau kehilangan (pendarahan) (Prasetyo, 2017).

Anemia merupakan suatu gangguan kekurangan sel darah merah, sedangkan sel darah merah berfungsi untuk membawa oksigen ke seluruh organ tubuh dan apabila jika sel darah merah dalam tubuh rendah, maka jumlah oksigen dalam tubuh juga rendah. Gejala anemia disebabkan oleh kurangnya kadar oksigen yang mengalir ke jaringan dan organ tubuh. Sel darah merah dapat diukur berdasarkan jumlah hemoglobin dalam tubuh, karena hemoglobin sendiri suatu protein kaya akan zat besi dalam sel darah merah yang membawa oksigen dari paru-paru keseluruh tubuh, hemoglobin

juga membawa sel darah merah yang jenuh dengan karbondioksida kembali ke paru-paru yang dikeluarkan (Yamada et al., 2017).

Anemia adalah suatu keadaan berkurangnya jumlah eritrosit atau hemoglobin (protein pembawa O₂) dari nilai normal dalam darah sehingga tidak dapat memenuhi fungsinya untuk membawa O₂ dalam jumlah yang cukup ke jaringan perifer sehingga pengiriman darah ke O₂ ke jaringan menurun. Anemia merupakan penyakit kurang darah yang ditandai dengan kadar hemoglobin (Hb) dan sel darah merah (eritrosit) lebih rendah di bandingkan normal.

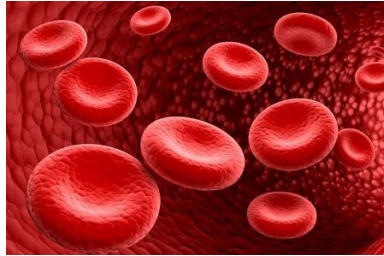
B. Anatomi dan Fisiologi

1. Anatomi sistem hematologi

Sistem hematologi tersusun atas darah dan tempat darah di produksi, termasuk sumsum tulang dan nodus limpa. Darah merupakan suatu organ khusus yang berbeda dengan organ lain karena berbentuk cairan. Darah merupakan medium transport tubiuh, volume darah manusia sekitar 7% - 10% berat badan normal dan berjumlah sekitar 5 liter. Keadaan jumlah darah pada tiap-tiap orang tidak sama, tergantung pada usia, pekerjaan, serta keadaan jantung atau pembuluh darah. Darah terdise atas 2 komponen utama yaitu sebagai berikut:

- a. Plasma darah, bagian cair darah yang sebagian besar terdiri atas air, elektrolit, dan protein darah.
- b. Butir-butir darah (blood corpuscles), yang terdiri atas komponen-komponen berikut ini.

- c. Eritrosit : sel darah merah (Sel Darah Merah \pm red blood cell).



Gambar 2. 1 Sel Darah

- d. Leukosit : sel darah putih (Sel Darah Putih \pm white blood cell)
 e. Trombosit : butir pembeku darah \pm platelet.

Tabel 2. 1 Kriteria kadar nilai Hb pada Anemia

No	Jenis kelamin atau usia	Kadar hemoglobin
1	Laki-laki	Hb <13 gr/dl
2	Perempuan dewasa tidak hamil	Hb <12gr/dl
3	Perempuan	Hb <11 gr/dl
4	Anak usia 6-14 tahun	Hb <12 gr/dl
5	Anak usia 6 bulan – 6 tahun	Hb <11 gr/dl

Untuk kriteria anemia di klinik, rumah sakit, atau praktik

Klinik pada umumnya dinyatakan anemia bila terdapat nilai sebagai berikut:

1. Hemoglobin <10gr/dl
2. Hematokrit <30%
3. Eritrosit <2,8 juta

Tabel 2. 2

**Pembagian derajat anemia menurut WHO (*World Health Organisation*)
dan NCI (*National Cancer Institute*)**

DERAJAT	WHO	NCI
Derajat 0 (nilai normal)	≥ 11.0 g/dL	Perempuan 12.0 – 16.0 g/dL
Derajat 1 (ringan)	9.5-10.9 g/dL	Laki-laki 14.0 – 18.0 g/dL
Derajat 2 (sedang)	8.0-9.4 g/dL	10.0 g/dL – nilai normal
Derajat 3 (berat)	6.5 – 7.9 g/dL	8.0 – 10.0 g/Dl
Derajat 4 (mengancam jiwa)	<6.5 g/dL	6.5 – 7.9 g/dL <6.5 g/dL

a. Sel Darah Merah (Eritrosit)

Sel darah merah merupakan suatu cairan bikonkaf dengan diameter sekitar 7 mikron. Bikonkavitas memungkinkan gerakan oksigen masuk dan keluar sel secara cepat dengan jarak yang pendek antara membran dan inti sel. Warna kuning kemerahan – merahan, karena di dalamnya mengandung suatu zat yang disebut Hemoglobin. Komponen eritrosit adalah membran eritrosit, sistem enzim; enzim G6PD (Glucose 6 – Phosphatedehydrogenase) dan hemoglobin yang terdiri atas heme dan globin. Jumlah eritrosit normal pada orang dewasa kira-kira 11,5 – 15 gr dalam 100 cc darah. Normal Hb wanita 11,5 mg% dan laki-laki 13,0 mg%.

b. Sel Darah Putih (Leukosit)

Bentuknya dapat berubah-ubah dan dapat bergerak dengan perantaraan kaki kapsul (pseudopodia). Mempunyai macam-macam inti

sel, sehingga ia dapat dibedakan menurut isi selnya serta warna bening (tidak bewarna).

Sel darah putih dibentuk di sumsum tulang dari sel-sel bakal. Jenis-jenis dari golongan sel ini adalah golongan yang tidak bergranula, yaitu limfosit T dan B ; monosit dan makrofag; serta golongan yang bergranula yaitu:

- 1) Eosinofil
- 2) Basofil
- 3) Neutrofil

C. Klasifikasi Anemia

Berdasarkan faktor morfologik SDM dan indeksnya, antara lain

1. Anemia Makroitik dan mikroitik

a. Anemia Makroitik

Anemia makroitik merupakan anemia dengan karakteristik MCV di atas 100 fL. Anemia makroitik dapat disebabkan oleh.1,6: • Peningkatan retikulosit Peningkatan MCV merupakan karakteristik normal retikulosit. Semua keadaan yang menyebabkan peningkatan retikulosit akan memberikan gambaran peningkatan MCV • Metabolisme abnormal asam nukleat pada prekursor sel darah merah (defisiensi folat atau kobalamin, obat-obat yang mengganggu sintesa asam nukleat: zidovudine, hidroksiurea) • Gangguan maturasi sel darah merah

(sindrom mielodisplasia, leukemia akut) • Penggunaan alkohol
Penyakit hati Hipotiroidisme.

b. Anemia Mikrositik

Anemia mikrositik merupakan anemia dengan karakteristik sel darah merah yang kecil (MCV kurang dari 80 fL). Anemia mikrositik biasanya disertai penurunan hemoglobin dalam eritrosit. Dengan penurunan MCH (mean concentration hemoglobin) dan MCV, akan didapatkan gambaran mikrositik hipokrom pada apusan darah tepi. Penyebab anemia mikrositik hipokrom1 :

- Berkurangnya Fe: anemia dei siensi Fe, anemia penyakit kronis/anemia inl amasi, dei siensi tembaga.
 - Berkurangnya sintesis heme: keracunan logam, anemia sideroblastik kongenital dan didapat.
 - Berkurangnya sintesis globin: talasemia dan hemoglobinopati
- (Oehadian, 2012)

D. Etiologi

Ada beberapa penyebab jenis anemia sesuai dengan penyebabnya;

1. Anemia pasca pendarahan

Terjadi sebagai akibat pendarahan yang masif seperti kecelakaan, operasi dan persalinan dengan perdarahan atau yang menahun seperti pada penyakit cacangan.

2. Anemia defisiensi

Terjadi karena kekurangan bahan baku pembuat sel darah.

3. Anemia hemolitik

Terjadi penghancuran (hemolisis) eritrosit yang berlebihan karena;

a. Faktor intrasel

Misalnya talasemia, hemoglobinopatia (talasemia HbE, sickle cell anemia), sferositas, defisiensi enzim eritrosit (G-6PD, piruvatkinas, glutation rediktase).

b. Faktor ekstrasel

Karena intosikasi, infeksi (malaria), imunologis (inkompatibilitas golongan darah, reaksi hemolitik pada transfusi darah).

E. Patofisiologi

Timbulnya anemia mencerminkan adanya kegagalan sumsum atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan atau keduanya. Kegagalan sumsum dapat terjadi akibat penyebab banyak yang tidak diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau hemplisis (destruksi), hal ini dapat akibat efek sel daraah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah yang menyebabkan destruksi sel daraah merah.

Lisis sel darah merah (disolusi) terjadi terutama dalam sel fagositik atau dalam sistem retikuloendotelial, terutama dalam hati dan limpa. Hasil samping pada proses ini adalah bilirubin yang akan memasuki aliran darah. Setiap kenaikan destruksi sel darah merah (hemolisis) segera direfleksikan dengan peningkatan bilirubin plasma (konsentrasi normal ≤ 1 mg/dl, kadar diatas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada selera).

Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi, (pada kelainan hemolitik) maka hemoglobin akan muncul dalam plasma (hemoglobinemia). Apabila konsentrasinya melebihi kapasitas haptoglobin plasma (protein peringat untuk hemoglobin bebas) untuk mengikat semuanya, hemoglobin akan berdifusi dalam glomerulus ginjal dan ke dalam urin (hemoglobinuria).

Kesimpulan mengenai apakah suatu anemia pada pasien disebabkan oleh penghancuran sel darah merah atau produksi sel darah merah yang tidak mencukupi biasanya dapat diperoleh dengan dasar

1. Hitung retikulosit dalam sirkulasi.
2. Derajat proliferasi sel darah merah muda dalam sumsum tulang dan cara pematangannya, seperti yang terlihat dalam biopsi: dan ada tidaknya hiperbilirubinemia dan hemoglobinemia.

F. Komplikasi

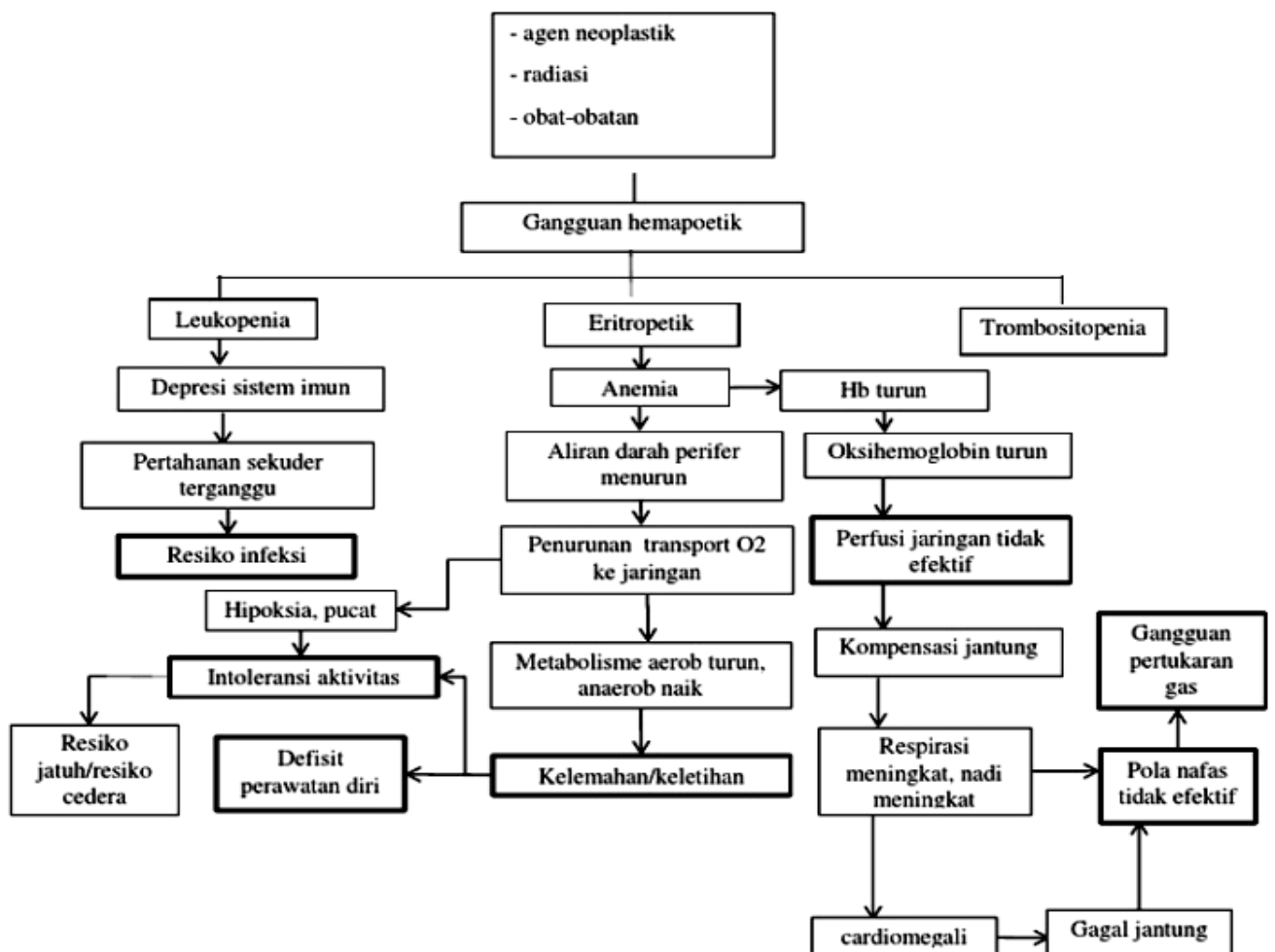
1. Gagal jantung
2. Angina
3. Parestesia
4. Konfusi/ kebingungan

G. Manifestasi Klinis

1. Penderita tampak pucat, terutama pada telapak tangan dan lidah
2. Nadi penderita terasa cepat dan denyut nadi biasanya juga keras
3. Tekanan darah penderita normal, tetapi tekanan diastolik rendah
4. Dispnea yang diderita biasa berat

5. Pada auskultasi, sering ditemukan mendengung (bubbling) yang terus menerus pada vena di leher, atas klavikula.
6. Jantung akan mengalami bunyi yang amat keras (bising sistolik), terutama pada daerah aorta dan aorta pulmonalis. Hal ini disebabkan oleh aliran darah yang cepat, sehingga menimbulkan efek turbulensi. Pada kondisi seperti ini, pemeriksaan laboratorium akan menemukan bahwa konsentrasi Hb rendah.

H. Pathway Keperawatan



Skema 2. 1 Pathway Keperawatan

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Data Dasar Kasus 1

Nama Mahasiswa : Evi Silviani

Tempat : Ruang Pepaya RSUD Cengkareng

Tanggal Pengkajian : 28-10-2022

Pasien 1

I. Identitas diri klien

Nama : Tn. I

Tempat / Tgl Lahir : 20 Desember 1969

Umur : 52 Tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Keluarga terdekat yang dapat dihubungi : orang tua

Alamat : Pulau Kelapa, DKI Jakarta

Status Perkawinan : Menikah

Agama : Islam

Suku : Betawi

Pendidikan : Sd

Pekerjaan : Buruh

Sumber informasi : pasien dan anak

Tanggal masuk RS : 28 Oktober 2022

II. Status Kesehatan Saat ini

1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh pusing, mual, bab berwarna hitam pekat, lemas dan sulit melakukan aktivitas TD: 145/98 mmHg, N:108x/menit, R: 25x/menit SPO₂: 96% S:37,5°C

2. Lamanya keluhan 3 hari yang lalu

3. Timbulnya keluhan : [] bertahap

[√] mendadak

4. Faktor yang memberatkan

5. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya : Sendiri : pasien akan melakukan istirahat

Orang lain : Perawatan Luka bakar oleh perawat

6. Diagnosa medik

a. Anemia

III. Riwayat kesehatan yang lalu

1. Penyakit yang pernah dialami

a. Kanak- Sekarang : Pasien mengatakan sebelumnya pernah di rawat di rumah sakit.

b. Kecelakaan : Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan

c. Pernah dirawat penyakit : pasien pernah dirawat di Rumah sakit

d. Operasi : pasien tidak pernah dilakukantindakan operasi

2. Alergi : pasien mengatakan tidak ada alergi

3. Imunisasi : Lengkap

4. Kebiasaan : Pasien mengatakan sering merokok dan minum kopi

5. Obat – obatan : tidak ada

6. Pola nutrisi :

Frekwensi makanan : pasien mengatakan sebelum sakit biasa makan 3 x sehari 1 porsi (nasi dan lauk pauk), setelah sakit nafsu makan pasien masih baik dan bisa makan 3x sehari

Berat badan : 62 kg

Tinggi badan : 160 cm

IMT : 24 (normal)

Jenis makanan : Semejak sakit, pasien diberikan diit tinggi kalori dan protein

Makanan yang disukai : Pasien mengatakan menyukai semuamakanan

Makanan yang tidak disukai : tidak ada

Makanan pantang : tidak ada makanan pantang

Nafsu makan [] baik

[] sedang – alasan : mual/muntah/sariawan

[] kurang – alasan : mual/muntah/sariawan

Perubahan berat badan 3 bulan terakhir : [] bertambah

[] tetap

[] berkurang

7. Pola Eliminasi :

a. Buang air besar

Frekwensi : 2 x sehari penggunaan pencanar : tidak ada

[X] bersolek

[√] berhajat

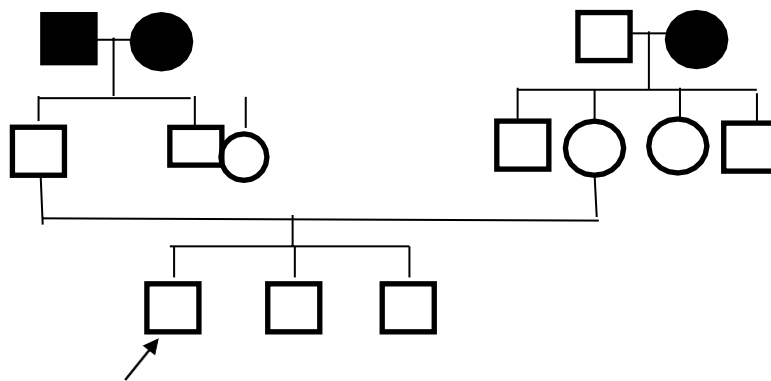
[√] sesak nafas setelah mengadakan aktifitas

[X] mudah merasa kelelahan

10. Pola kerja : Mengasuh bayi

IV. Riwayat keluarga

Genogram :



Skema 3. 1 Genogram

Keterangan :

○	: Perempuan
□	: Laki-laki
■	: Meninggal
↗	: Pasien

Pasien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit serupa dengannya

V. Riwayat Lingkungan

Kebersihan lingkungan : Bersih Bahaya : Tidak ada

Polusi : Tidak ada

VI. Aspek Psikososial

1. Pola pikir dan persepsi

- a. Alat bantu yang digunakan : pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran

kaca mata

alat bantu pendengaran

- b. Kesulitan yang dialami : pasien mengatakan tidak ada kesulitan

- c. Sering pusing

menurunnya sensitifitas terhadap sakit

menurunnya sensitifitas terhadap panas/dingin

membaca/menulis

2. Persepsi diri

Hal yang dipkiri saat ini : Bisa Sembut secepatnya

Harapan setelah menjalani perawatan : Sehat dan bisa melakukan aktivitas kembali

Perubahan yang dirasa setelah sakit : lebih sedikit melakukan aktivitas

3. Suasana hati : Sedih, namun pasien harus tetap semangat.

Selalu ada orang tuanya yang menyemangati Rentang perhatian : baik

4. Hubungan/komunikasi :

- a. Bicara Bahasa utama : Bahasa Indonesia jelas Bahasa daerah :

Betawi

relevan

mampu mengekspresikan

mampu mengerti orang lain

b. Tempat tinggal sendiri

bersama orang lain yaitu : orang tua

c. Kehidupan keluarga

-Adat istiadat yang dianut : Betawi

-Pembuatan keputusan dalam keluarga : Bersama-sama dengan
anaknyanya

-Pola komunikasi : Baik

-Keuangan memadai

kurang

d. Kesulitan dalam keluarga : Tidak ada hambatan dalam keluarga

hubungan orang tua

hubungan orang keluarga

hubungan perkawinan

5. Kebiasaan seksual

a. Gangguan hubungan seksual disebabkan kondisi sebagai berikut :

6. Pertahanan koping

a. Pengambilan keputusan sendiri

dibantu orang lain: orang tua

b. yang disukai tentang diri sendiri : tetap kuat dan semangat dengan apa
yang menyimpannya

c. yang ingin dirubah dari kehidupan : tidak ada

- d. yang dilakukan jika stres : pemecahan masalah
- makan tidur
- makan obat
- cari pertolongan
- lain – lain (misal, marah, diam, dll)
- e. Apa yang dilakukan perawat agar anda nyaman dan aman : Pasien mengatakan perawat ramah dan melakukan perawatan terhadapnya dengan sabar dan telaten

7. Sistem nilai – kepercayaan

- a. Siapa atau apa sumber kekuatan : Tuhan dan Keluarga
- b. Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan penting untuk anda : ya
 tidak
- c. Kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekwensi)
- Sebutkan : semenjak sakit pasien tidak mengikuti kegiatan keagamaan diluar rumah
- d. Kegiatan agama atau kepercayaan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit, sebutkan : Sholat dan berdoa

VII. Pengkajian fisik

Kepala, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan

Kepala :

- Bentuk normocephal
- Keluhan yang berhubungan :

- Pusing/sakit kepala : pasien mengatakan sedikit pusing

Mata :

- Ukuran pupil 2/2
- Isokor : tampak isokor
- Reaksi terhadap cahaya : Baik
- Akomodasi : Baik
- Bentuk : Simetris
- Konjungtiva : Anemis
- Fungsi penglihatan : Baik

Hidung :

- Reaksi alergi : Tidak ada
- Pernah mengalami flu : ya
- Bagaimana frekwensinya dalam setahun : \pm 3-5 kali
- Sinus : tidak ada
- Cuping hidung melebar
- Bulu hidung
- Pasien menggunakan oksigen dengan 3 LPM

Mulut dan tenggorokan :

- Kesulitan / gangguan bersuara : tidak ada
- Kesulitan menelan : Tidak ada
- Mukosa mulut lembab
- Sedikit bengkak

Pernafasan :

- vesikuler pada kedua lapang paru
- Pola nafas : 25 x/menit, tidak ada batuk
- Sputum : Tidak ada, tidak ada nyeri saat bernapas
- Kemampuan melakukan aktifitas :
- Batuk darah : Tidak ada

Sirkulasi :

- Tekanan darah : 145/98 mmHg
- Nadi Perifer : 108 x/emnit
- Capillary Refiling : < 3 detik
- Distensi vena jugularis : Tidak ada
- Suara jantung : Normal
- Suara jantung tambahan : Tidak ada
- Irama jantung (monitor) : Sinus Rhytem
- Nyeri dan edemea di bagian luka bakar
- Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : di area luka bakar
- Clubbing : Tidak ada

Nutrisi :

- Diit tinggi kalori dan protein
- Nafsu makan baik
- Tidak mual dan muntah
- Intake cairan : 24 jam pertama 11.700 cc/24 jam(8 jam diberikan 5.850cc/8jam selanjutnya 16 jam diberikan 5.850cc/16 jam) dan 24 jam berikutnya 1.500cc/24 jam

- Pasien mengatakan biasa minum \pm 6 gelas perhari

Eliminasi :

- Pola rutin BAB : 2 x 1 hari dan BAK : 3-4 x/hari
- (bab) Penggunaan laxan : Tidak ada
Colostomy : Tidak ada
Ilostomy : Tidak ada
Konstipasi : Tidak ada
Diare : Tidak ada
- (bak) Inkotinensia : Tidak ada
Infeksi : Tidak ada
Nemaururi : Tidak ada
Catheter : terpakai cateter urine pada saat resusitasi cairan dan kemudian di aff
Urine out put : \pm 200 cc/jam

Reproduksi :

- Prostat : tidak ada pembesaran prostat
- Cateter : pemakaian cateter saat resusitasi cairan saja.

Neurologi: Tingkat kesadaran composmentis (GCS 15 E4V5M6)

- Disorientasi : Tidak ada
- Tingkah laku : Baik
- Riwayat epilepsy/kejang/Parkinson : Tidak ada
- Reflek : Baik
- Kekuatan mengenggam: berkurang yang disebabkan luka bakar
Pergerakan ekstremitas : terbatas karena adanya luka bakar

Maskuloskeletal :

- Nyeri : tidak ada
- Kelakuan : baik
- Pola latihan gerak

Kulit :

- Warna : sawo matang
- Integritas : kurang baik karena mengalami luka bakar
- Tugor : elastis

Tabel 3. 1 Data Laboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
1	Bilirubin total	1,4	0,1-1 mg/dl
2	Bilirubin direk	0,7	0-0,3 mg/dl
3	Bilirubin indirek	0,7	< 6 mg/dl
4	Albumin	2,8	3,4 – 4,8 g/dl
5	Hemoglobin	6,2	13-16 g/dl
6	Hematokrit	49	45 – 55 %
7	Leukosit	7,5	5 – 10 10 ³ μL
8	Trombosit	15	150 – 400 10 ³ μL
9	Ureum	26	19 – 44 mg/dl
10	Kreatinin	0,9	0,7 – 1,2U/L
11	Natrium	135	136-146 mmol/L
12	Kalium	3,4	3,5 – 5,0 mmol/L
13	Klorid	107	98 – 106 mmol/L

Pengobatan

1. 24 jam pertama

- a. Ranger lactate (RL) 11.700cc atau 24 kolf

2. Perawatan

- a. Ranger Lactate 1500 cc/ 24 jam
- b. Vit k
- c. Tranexamat 3 x 500 mg
- d. Ceftriaxone 2 x 1 gr
- e. Omeperazole 2 x 1 vial (40mg) = obat lambung
- f. Methylprednisolone 3 x 500 mg = meredakan peradangan usus
- g. Combivent 2x 1 hari

B. Analisa Data Pasien Tn. I**Nama Pasien : Tn. I****Diagnosa : Anemia****Nama Mahasiswa : Evi Silviani****NPM : 22.156.03.11.030****Tabel 3. 2 Analisa Data Tn. I**

Data	Masalah	Etiologi
<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badannya lemas, letih, mata berkunang-kunang <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak lemas 3. Hb pasien 5.3 g/dL 4. Suhu : 36,3 °C 5. Tekanan Darah : 154/80 mmHg 6. Nadi : 98 x/menit 	<p>Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)</p>	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>

<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan aktivitas di bantu oleh anaknya karena belum bisa melakukan aktivitas seperti biasanya <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas 2. Aktivitas pasien di bantu 	<p>Risiko intoleransi aktivitas</p> <p>(D. 0060)</p>	<p>Ketidakbugaran status fisik</p>
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mengatakan diare selama 2 hari bab berwarna hitam <p>Data Objektif</p> <p>Hasil lab :</p> <p>Kalium : 3,3 (3,5-5,0)</p> <p>Natrium : 127 (136-146)</p> <p>Cholida 100 (98-106)</p>	<p>Risiko ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>(D.0037)</p>	<p>Ketidakseimbangan cairan</p>

C. Diagnosa Keperawatan**Tabel 3. 3 Diagnosa Keperawatan**

No	Diagnosa
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)
2	Risiko intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidak bugaran status fisik (D. 0060)
3	Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan melena (D.0037)

Tabel 3. 4 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pingisian kapiler membaik 4. Turgor kulit membaik	Perawatan Sirkulasi Observasi : - Periksa sirkulasi perifer - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik : - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi - Hindari penekanan dan

			<p>pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <ul style="list-style-type: none">- Lakukan pencegahan infeksi- Lakukan hidrasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan berolahraga rutin- Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat- Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi- Infomarsikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasikan pemberian produk darah- Kolaborasikan anti-koagulan, jika perlu
--	--	--	---

2	Risiko intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidak bugaran status fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan	<p>Manajeme n energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor kelahan fisik 2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) berikan aktivitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi</p> <p>Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>
3	Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan diare	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x 24 jam di harapkan keseimbangan elektrolit meningkat Dengan kh Natrium, kalium, klorida, meningkat	<p>Pemantauan elektrolit</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit ▪ Monitor kadar elektolit serum ▪ Monitor diare

			<ul style="list-style-type: none">▪ Monitor kehilangan cairan, jika perlu, Terapeutik Berikan cairan intravena
--	--	--	--

Tabel 3. 5 Catatan Keperawatan Hari ke-1

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin	Sabtu 29 oktober 2022	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer <p>Hasil : Nadi teraba tetapi lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi <p>Hasil : Anemia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Hasil : Klien tidak memiliki keluhan terkait</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemas - Klien mengatakan mengerti dengan apa yang diajarkan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - - Sirkulasi <li style="padding-left: 20px;">: - Tekanan darah : 150/80 mmHg

	<p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pencegahan infeksi <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan hidrasi <p>Hasil : Klien diberi RI 500 ml/12 jam</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berolahraga rutin - Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi <p>Hasil : Menganjurkan makanan rendah lemak jenuh, dan yang mengandung omega 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nadi Perifer : 84 x/emnit - Capillary Refiling : >3 detik - Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : Pucat - Turgor kurang elastis - Hasil Lab tanggal 30-10-2022 HB : 7.5 g/dL HT : 31 % - Klien diberikan PRC 230 ml A :
--	---	--

		<p>- Infomarsikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan</p> <p>Hasil : Dilakukan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>- Kolaborasikan pemberian produk darah</p> <p>Hasil : Klien diberikan PRC 230 ml</p> <p>- Kolaborasikan anti-koagulan, jika perlu</p>	<p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
<p>Risiko intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakbugaran status fisik</p>	<p>Sabtu 29 oktober 2022</p>	<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi</p> <p>1) Monitor kelahan fisik 2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>- Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>Edukasi</p> <p>-Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan masih lemas • pasien mengakatan aktivitasnya terbatas karena • pasien tampak belum bisa melakukan aktivitasnya <p>O :</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak lemas, • pasien <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan Ketidakseimbangan cairan	Sabtu 29 oktober 2022	<p><u>Observasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit -Memonitor kadar elektrolit serum -Memonitor kehilangan cairan, jika perlu -Memonitor tanda dan gejala Hipokalemia (kelemahan otot) <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien <p><u>Edukasi</u></p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan mudah lelah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kes. composmetis, akral

		-Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	hangat, nadi kuat - IVFD (+) - ADL dibantu, kalium 1,8 - TTV pasien TD: 150/80 mmHg N: 95 x/ menit RR: 20x/menit SpO2: 98% S: 36,5 ⁰ C - Urine 250 cc
--	--	---	---

3	Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan diare	(D.0037)	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x 24 jam di harapkan keseimbangan elektrolit meningkat Dengan kh Natrium, kalium, klorida, meningkat		Pemantauan elektrolit Observasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit ▪ Monitor kadar elektolit serum ▪ Monitor diare ▪ Monitor kehilangan cairan, jika perlu, Terapeutik Berikan cairan intravena	
---	--	----------	---	--	---	--

Tabel 3. 6 Catatan Keperawatan Hari ke-2

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin	Minggu 30 Oktober 2022	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer <p>Hasil : Nadi teraba tetapi lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi <p>Hasil : Anemia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Hasil : Klien tidak memiliki keluhan terkait</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemas - Klien mengatakan mengerti dengan apa yang diajarkan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sirkulasi : - Tekanan darah : 154/80 mmHg - Nadi Perifer : 84 x/emnit - Capillary Refiling : >3 detik

		<p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pencegahan infeksi <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan hidrasi <p>Hasil : Klien diberi RI 500 ml/12 jam</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berolahraga rutin - Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi <p>Hasil : Menganjurkan makanan rendah lemak jenuh, dan yang mengandung omega 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infomarsikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan 	<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : Pucat - Turgor kurang elastis <p>- Hasil Lab tanggal 31-10-2022</p> <p>HB : 8 g/dL HT : 35 %</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien diberikan PRC 230 ml <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
--	--	---	--

		<p>Hasil : Dilakukan</p> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasikan pemberian produk darah <p>Hasil : Klien diberikan PRC 230 ml</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasikan anti-koagulan, jika perlu 	
<p>Risiko intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakbugaran status fisik</p>	<p>Minggu 30 Oktober 2022</p>	<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3) Monitor kelahan fisik 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan masih lemas • pasien mengatakan aktivitasnya terbatas karena • pasien tampak belum bisa melakukan aktivitasnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak lemas, • pasien <p>A :</p>

			Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan Ketidakseimbangan cairan	Minggu 30 Oktober 2022	<p><u>Observasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit -Memonitor kadar elektrolit serum -Memonitor kehilangan cairan, jika perlu -Memonitor tanda dan gejala Hipokalemia (kelemahan otot) <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien <p><u>Edukasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan mudah lelah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kes. compos metis, akral hangat, nadi kuat - IVFD (+) - ADL dibantu, kalium 1,8 - TTV pasien

			<p>TD: 133/80 mmHg</p> <p>N: 95 x/ menit</p> <p>RR: 20x/men it</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>S: 36,5⁰C</p> <p>- Urine 255 cc</p>
--	--	--	---

Tabel 3. 7 Catatan Keperawatan Hari ke-3

Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin	Senin November 2022	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer Hasil : Nadi teraba tetapi lemah - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Hasil : Anemia - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Hasil : Klien tidak memiliki keluhan terkait <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Hasil : Dilakukan - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemas - Klien mengatakan mengerti dengan apa yang diajarkan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - - Sirkulasi : - Tekanan darah : 154/80 mmHg - Nadi Perifer : 84 x/emnit - Capillary Refiling : >3 detik - Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : tidak ada - Turgor kurang

		<p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pencegahan infeksi <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan hidrasi <p>Hasil : Klien diberi RI 500 ml/12 jam</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berolahraga rutin - Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi <p>Hasil : Menganjurkan makanan rendah lemak jenuh, dan yang mengandung omega 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infomarsikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan <p>Hasil : Dilakukan</p>	<p>elastis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil Lab tanggal 1-11-2022 HB : 9.5 g/dL HT : 38% - Klien diberikan PRC 230 ml <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
--	--	--	---

		<p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasikan pemberian produk darah <p>Hasil : Klien diberikan PRC 230 ml</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasikan anti-koagulan, jika perlu 	
Risiko intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakbugaran status fisik	Minggu 30 oktober 2022	<p>Manajem en energi</p> <p>Observasi</p> <p>5) Monitor kelahan fisik 6) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan masih lemas • pasien mengakatan aktivitasnya terbatas karena • pasien tampak belum bisa melakukan aktivitasnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak lemas, • pasien <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>

<p>Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan Ketidakseimbangan cairan</p>	<p>Minggu 30 oktober 2022</p>	<p><u>Observasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit -Memonitor kadar elektrolit serum -Memonitor kehilangan cairan, jika perlu -Memonitor tanda dan gejala Hipokalemia (kelemahan otot) <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien <p><u>Edukasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan mudah lelah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kes. composmetis, akral hangat, nadi kuat - IVFD (+) - ADL dibantu, kalium 1,8 - TTV pasien TD: 133/80 mmHg N: 95 x/menit RR: 20x/menit SpO2: 98% S: 36,5⁰C - Urine 255 cc
--	-------------------------------	---	--

D. Pengkajian Data Dasar Kasus 2

Nama Mahasiswa : Evi Silviani

Tempat : Ruang Pepaya RSUD

Cengkareng

Tanggal Pengkajian : 31-10-2022

Pasien 2

I. Identitas diri klien

Nama : Tn. T

Tempat / Tgl Lahir : 07 Oktober 1938

Umur : 84 Tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Keluarga terdekat yang dapat dihubungi : anak

Alamat : DKI Jakarta

Status Perkawinan : Menikah

Agama : Budha

Suku : Betawi

Pendidikan : S1

Pekerjaan :Pensiunan

Sumber informasi : pasien dan anak

Tanggal masuk RS : 29 Oktober 2022

II. Status Kesehatan Saat ini

1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh lemas sejak 3 hari yang

lalu mual, muntah, batuk sejak 5 hari yang lalu

Lamanya keluhan

3 hari yang lalu

2. Timbulnya keluhan : [] bertahap [√] mendadak
3. Faktor yang memberatkan
4. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya : Sendiri : pasien akan melakukan istirahat
Orang lain : Perawatan Luka bakar oleh perawat
5. Diagnosa medik
 - a. Anemia Tanggal 29 Desember 2021

III. Riwayat kesehatan yang lalu

1. Penyakit yang pernah dialami
 - a. Kanak- Sekarang : Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah di rawat di rumah sakit.
 - b. Kecelakaan : Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan
 - c. Pernah dirawat penyakit : pasien tidak pernah dirawat di Rumah sakit
 - d. Operasi : pasien tidak pernah dilakukantindakan operasi
2. Alergi : pasien mengatakan tidak ada alergi
3. Imunisasi : Lengkap
4. Kebiasaan : Pasien mengatakan sering merokok dan minum kopi
5. Obat – obatan : tidak ada
6. Pola nutrisi:

Frekwensi makanan : pasien mengatakan sebelum sakit biasa makan 3 x sehari 1 porsi (nasi dan lauk pauk), setelah sakit nafsu makan pasien masih baik dan bisa makan 3x sehari

Berat badan : 55 kg

Tinggi badan : 155 cm

IMT : 24 (normal)

Jenis makanan : Semejak sakit, pasien diberikan diit tinggi kalori dan protein

Makanan yang disukai : Pasien mengatakan menyukai semua makanan

Makanan yang tidak disukai : tidak ada

Makanan pantang : tidak ada makanan pantang

Nafsu makan [] baik

[] sedang – alasan : mual/muntah/sariawan [] kurang – alasan :
mual/muntah/sariawan

Perubahan berat badan 3 bulan terakhir :

[] bertambah

[] tetap

[] berkurang

7. Pola Eliminasi :

a. Buang air besar

Frekwensi : 2 x sehari penggunaan pencanar : tidak ada

Waktu : Pagi, sore

Warna : Kuning kecoklatan

Konsistensi : Lunak

b. Buang air kecil

Frekwensi : 3-4 x sehari

Warna : Kuning jernih

Bau : khas amoniak

8. Pola tidur dan istirahat

Waktu tidur (jam) : Sebelum sakit 22.00 – 05.00 WIB

Sesudah sakit 24.00 – 05.00 WIB

Lama tidur/hari : sebelum sakit 6-8 jam

Sesudah sakit 5-6 jam Kebiasaan pengantar tidur: tidak ada

Kebiasaan saat tidur : tidak ada

Kesulitan dalam hal tidur [] menjelang tidur

[√] sering / mudah terbangun

[] merasa tidak puas setelah bangun tidur

9. Pola aktivitas dan latihan

a. Kegiatan dalam pekerjaan : packing barang-barang

b. Olahraga : jalan kaki

c. Kegiatan di waktu luang : menonton tv

d. Kesulitan / keluhan dalam hal : Tidak ada

[√] pergerakan tubuh

[√] mandi

[√] mengenakan pakaian

[X] bersolek [√] berhajat

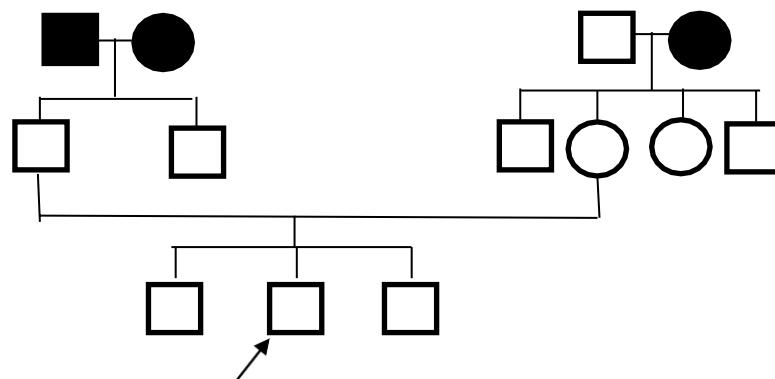
[√] sesak nafas setelah mengadakan aktifitas

[X] mudah merasa kelelahan

10. Pola kerja : Mengasuh bayi

IV. Riwayat keluarga

Genogram :



Skema 3. 2 Genogram

Keterangan :

- : Perempuan
- : Laki-laki
- : Meninggal
- ↗ : Pasien

Pasien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit serupa dengannya

1. Riwayat Lingkungan

Kebersihan lingkungan : Bersih Bahaya : Tidak ada

Polusi : Tidak ada

2. Aspek Psikososial

a. Pola pikir dan persepsi

- 1) Alat bantu yang digunakan : pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran
 - kaca mata
 - alat bantu pendengaran
 - 2) Kesulitan yang dialami : pasien mengatakan tidak ada kesulitan (hanya saja kesulitan gerak karena luka bakar)
 - Sering pusing
 - menurunnya sensitifitas terhadap sakit
 - menurunnya sensitifitas terhadap panas/dingin
 - membaca/menulis
- b. Persepsi diri
- Hal yang dipikirkan saat ini : Bisa Sembuh secepatnya
- Harapan setelah menjalani perawatan : Sehat dan bisa melakukan aktivitas kembali
- Perubahan yang dirasakan setelah sakit : lebih sedikit melakukan aktivitas
- c. Suasana hati : Sedih, namun pasien harus tetap semangat.
- Selalu ada orang tuanya yang menyemangati Rentang perhatian : baik
- d. Hubungan/komunikasi :
- 1) Bicara Bahasa utama : Bahasa Indonesia jelas Bahasa daerah : Betawi
 - relevan
 - mampu mengekspresikan mampu mengerti orang lain

- 2) Tempat tinggal sendiri
 bersama orang lain yaitu : orang tua
- 3) Kehidupan keluarga
 - a) Adat istiadat yang dianut : Betawi
 - b) Pembuatan keputusan dalam keluarga : Bersama-sama dengan anaknya
 - c) Pola komunikasi : Baik
 - d) Keuangan memadai
 kurang
- 4) Kesulitan dalam keluarga : Tidak ada hambatan dalam keluarga
 hubungan orang tua
 hubungan orang keluarga
 hubungan perkawinan
- e. Kebiasaan seksual
 - 1) Gangguan hubungan seksual disebabkan kondisi sebagai berikut
 :Tidak ada karena pasien belum menikah
- f. Pertahanan koping
 - 1) Pengambilan keputusan sendiri
 dibantu orang lain: orang tua
 - 2) yang disukai tentang diri sendiri : tetap kuat dan semangat dengan apa yang menimpanya
 - 3) yang ingin dirubah dari kehidupan : tidak ada
 - 4) yang dilakukan jika stres :

pemecahan masalah

makan

tidur

makan obat

cari pertolongan

lain – lain (misal, marah, diam, dll)

- 5) Apa yang dilakukan perawat agar anda nyaman dan aman :
 Pasien mengatakan perawat ramah dan melakukan perawatan terhadapnyadengan sabar dan telaten

g. Sistem nilai – kepercayaan

1) Siapa atau apa sumber kekuatan : Tuhan dan Keluarga

2) Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan penting untuk anda :

ya tidak

3) Kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekwensi)

Sebutkan : semenjak sakit pasien tidak mengikuti kegiatan keagamaan diluar rumah

4) Kegiatan agama atau kepercayaan yang ingin dilakukan selama dirumah sakit, sebutkan : Sholat dan berdoa

h. Pengkajian fisik

Kepala, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan

Kepala:

- Bentuk normocephal

- Keluhan yang berhubungan : terdapat luka bakar dari wajah sampai setengah leher
- Pusing/sakit kepala : pasien mengatakan sedikit pusing

Mata :

- Ukuran pupil 2/2
- Isokor : tampak isokor
- Reaksi terhadap cahaya : Baik
- Akomodasi : Baik
- Bentuk : Simetris
- Konjungtiva : Anemis
- Fungsi penglihatan : Baik

Hidung :

- Reaksi alergi : Tidak ada
- Pernah mengalami flu : ya
- Bagaimana frekwensinya dalam setahun : \pm 3-5 kali
- Sinus : tidak ada
- Cuping hidung melebar
- Bulu hidung terbakar dan hidung ada luka bakar
- Pasien menggunakan oksigen dengan 5 LPM

Mulut dan tenggorokan :

- Kesulitan / gangguan bersuara : mulut tidak bisa terbuka terlalu lebar
- Kesulitan menelan : Tidak ada

- Mukosa mulut lembab
- Sedikit bengkak

Pernafasan : vesikuler pada kedua lapang paru

- Pola nafas : 25 x/menit, tidak ada batuk
- Sputum : Tidak ada, tidak ada nyeri saat bernapas
- Kemampuan melakukan aktifitas : berkurang
karena adanya luka bakar
- Batuk darah : Tidak ada

Sirkulasi :

- Tekanan darah: 145/98 mmHg
- Nadi Perifer : 108 x/menit
- Capillary Refiling : < 3 detik
- Distensi vena jugularis: Tidak ada
- Suara jantung : Normal
- Suara jantung tambahan : Tidak ada
- Irama jantung (monitor) : Sinus Rhytem
- Nyeri dan edema di bagian luka bakar
- Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : di area luka bakar
- Clubbing : Tidak ada

Nutrisi :

- Diet tinggi kalori dan protein
- Nafsu makan baik
- Tidak mual dan muntah

- Intake cairan : 24 jam pertama 11.700 cc/24 jam(8 jam diberikan 5.850cc/8jam selanjutnya 16 jam diberikan 5.850cc/16 jam) dan 24jam berikutnya 1.500cc/24 jam
- Pasien mengatakan biasa minum \pm 6 gelas perhari

Eliminasi :

- Pola rutin BAB : 2 x 1 hari dan BAK : 3-4 x/hari
- (bab) Penggunaan laxon : Tidak adaColostomy : Tidak ada
Ilostomy : Tidak ada
Konstipasi : Tidak ada
Diare : Tidak ada
- (bak) Inkotinensia : Tidak adaInfeksi : Tidak ada
Nemaururi : Tidak ada
Catheter : terpakai cateter urine padasaat resusitasi cairan dan kemudian di aff
Urine out put : \pm 200 cc/jam

Reproduksi :

- Prostat : tidak ada pembesaran prostat
- Cateter : pemakaian cateter saat resusitasi cairan saja.

Neurologi : Tingkat kesadaran composmentis (GCS 15 E4V5M6)

- Disorientasi : Tidak ada
- Tingkah laku : Baik

- Riwayat epilepsy/kejang/parkinson : Tidak ada
- Reflek : Baik
- Kekuatan mengenggam: berkurang yang disebabkan luka bakar
- Pergerakan ekstremitas : baik

Maskuloskeletal

- Nyeri : tidak ada
- Kelakuan : baik
- Pola latihan gerak :

Kulit :

- Warna : sawo matang
- Integritas : baik
- Tugor : elastis

Tabel 3. 8 Data Laboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
1	Hemoglobin	4,6	13.2 – 17.3 mg/dl
2	Hematokrit	18	40-52mg/dl
3	Leukosit	10.3	3.8 – 10.6mg/dl
4	Trombosit	307	150- 440 g/dl
5	Ureum	39	18.0 – 55.0 g/dl
6	Kreatinin	1.6	0,7 – 1,2U/L
7	Natrium	135	136-146 mmol/L
8	Kalium	4.6	3,5 – 5,0 mmol/L
9	Klorid	109	98 – 106 mmol/L
10	Glukosa sure step	186	<110

Pengobatan

- i. 24 jam pertama
 - 1) Ranger lactate (RL)500 cc atau 24 kolf
- j. Perawatan
 - 1) Ranger Lactate 1500 cc/ 24 jam
 - 2) Lansoprazole 2 x 30 mg
 - 3) Vit B6, B12 3 x 1
 - 4) Ceftriaxone 2 x 1 gr
 - 5) Ondansentron 3 x 4 mg

E. Analisa Data Pasien Tn. T

Nama Pasien : Tn. T
Diagnosa : anemia
Nama Mahasiswa : Evi Silviani
NPM : 22.156.03.11.030

Tabel 3. 9 Analisa Data Tn. T

Data	Masalah	Etiologi
Data Subjektif : 1. Pasien mengatakan badannya lemas, letih, mata berkunang-kunang Data Objektif : 1. Pasien tampak lemas 2. Suhu : 36,8 3. Td : 139/58 4. Rr : 20 5. Nadi : 72x/ menit 6. Spo2 : 94	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	Penurunan konsentrasi hemoglobin
Data Subjektif 1. Pasien mengatakan mual dan muntah 2x 2. Pasien mengatakan batuk Data Objektif 1. Pasien tampak lemas akibat mual dan muntah 2. Pasien batuk kering 3. Respirasi : 20x/menit 4. SPO ² : 94%	Disfungsi motilitas gastrointestinal	Malnutrisi

<p>3. Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan kepala pusing- Pasien mengatakan lemas <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak lemas- Konjungtiva pasien tidak anemis- Warna kulit pucat	Keletihan	Kondisi fisiologis (mis. Anemia)
---	-----------	-----------------------------------

F. Diagnosa Keperawatan**Tabel 3. 10 Diagnosa Keperawatan**

No	Diagnosa
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)
2	Disfungsi motilitas gastrointestinal b.d malnutrisi
3	Keletihan b.d Kondisi fisiologis (mis. Anemia)

G. Nursing Care Plan (NCP)

Tabel 3. 11 Nursing Care Plan (NCP)

No	Diagnosa Keperawatan		SLKI		SIKI	
	Dx.Kep	Kode	Kriteria Hasil	Kode	Intervensi	Kode
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin	(D.0057)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pingisian kapiler membaik 4. Turgor kulit membaik		Perawatan Sirkulasi Observasi : - Periksa sirkulasi perifer - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik : - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi - Hindari penekanan dan	I.03116)

				<p>pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <ul style="list-style-type: none">- Lakukan pencegahan infeksi- Lakukan hidrasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan berolahraga rutin- Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat- Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi- Infomarsikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasikan pemberian produk darah- Kolaborasikan anti-koagulan, jika perlu	
--	--	--	--	---	--

2	Disfungsi motilitas gastrointestinal dengan Malnutrisi		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan disfungsi motilitas membaik, dengan kriteria hasil : 1 nafsu makan meningkat 2 mual menurun 3 muntah menurun	(L.03019)	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi makanan yang disukai 2. monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sajikan makanan secara menarik, dan suhu yang sesuai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika perlu 	(I.01014)
---	--	--	--	-----------	---	------------------

					<p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang di butuhkan, jika perlu</p>	
3	Keletihan dengan Kondisi fisiologis(mis. Anemia	(D.0057)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan keletihan membaik, dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Melakukan aktivitas rutin cukup meningkat</p> <p>2. Lesu cukup membaik</p>		<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor kelelahan fisik</p> <p>2. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif</p> <p>2. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara dan jadwal kunjungan)</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	I.03116)

			3. Pola istirahat cukup membaik 4. Tenaga cukup meningkat		Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	
--	--	--	--	--	---	--

Tabel 3. 12 Catatan Keperawatan Hari Ke 1

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin	Minggu , 31 oktober 2022	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer Hasil : Nadi teraba tetapi lemah - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Hasil : Anemia - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Hasil : Klien tidak memiliki keluhan terkait <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Hasil : Dilakukan - Hindari pengukuran tekanan darah pada 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemas - Klien mengatakan mengerti dengan apa yang diajarkan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sirkulasi : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 150/80 mmHg - Nadi Perifer : 84 x/emnit - Capillary Refiling : >3 detik - Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : Pucat - Turgor kurang elastis <p>- Hasil Lab tanggal 30-10-2022 HB : 4.5 g/dL</p>	

		<p>ekstremistas dengan keterbatasan perfusi</p> <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pencegahan infeksi <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan hidrasi <p>Hasil : Klien diberi RI 500 ml/12 jam</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berolahraga rutin - Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi <p>Hasil : Menganjurkan makanan rendah lemak</p>	<p>HT : 25 %</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien diberikan PRC 240 ml <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--

			<p>jenuh, dan yang mengandung omega 3)</p> <ul style="list-style-type: none">- Infomarsikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan <p>Hasil : Dilakukan</p> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasikan pemberian produk darah <p>Hasil : Klien diberikan PRC 240 ml</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasikan anti-koagulan, jika perlu		
--	--	--	---	--	--

2	Disfungsi motilitas gastrointestinal dengan Malnutrisi	Minggu, 31 oktober 2022	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p>Observasi</p> <p>3. Identifikasi makanan yang di sukai</p> <p>4. monitor asupan makanan</p> <p>Terapeutik</p> <p>2. Sajikan makanan secara menarik, dan suhu yang sesuai</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan posisi duduk, jika perlu</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan masih mual <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak masih mual • menyajikan makanan menarik agar pasien bisa makan • Assesment <p>Disfungsi motilitas gastrointestinal belum teratasi</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p>	
---	--	-------------------------	---	--	--

3	Keletihan b.d kondisi fisiologis penyakit mis anemia	Minggu, 30 oktober 2022	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kelelahan fisik 2. Memonitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukukan rentang gerak aktif dan pasif 2. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara dan jadwal kunjungan) <p>Edukasi Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan masih lelah • pasien mengatakan pola tidur dan istirahatnya belum • pasien mengatakan belim bisa melakukan gerak aktif dan pasif <p>Objektif</p> <p>Pasien tampak konidisinya belum stabil</p> <p>Jam tidur paisen belum normal</p> <p>Pasien belum bisa melakukan gerak rentang aktif dan pasif</p> <p>Membatasi kunjungan</p> <p>Assesment</p> <p>Keletihan belum teratasi</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
---	---	----------------------------------	--	---	--

Tabel 3. 13 Catatan Keperawatan Hari Ke- 2

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin	Minggu , 30 oktober 2022	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer Hasil : Nadi teraba tetapi lemah - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Hasil : Anemia - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Hasil : Klien tidak memiliki keluhan terkait <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Hasil : Dilakukan - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemas - Klien mengatakan mengerti dengan apa yang diajarkan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sirkulasi : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 150/80 mmHg - Nadi Perifer : 84 x/emnit - Capillary Refiling : >3 detik - Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : Pucat - Turgor kurang elastis - Hasil Lab tanggal 30-10-2022 HB : 4.5 g/dL HT : 25 % - Klien diberikan PRC 240 ml 	

		<p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pencegahan infeksi <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan hidrasi <p>Hasil : Klien diberi R1 500 ml/12 jam</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berolahraga rutin - Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi <p>Hasil : Menganjurkan makanan rendah lemak jenuh, dan yang mengandung omega 3)</p>	<p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none">- Infomarsikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan <p>Hasil : Dilakukan</p> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasikan pemberian produk darah <p>Hasil : Klien diberikan PRC 240 ml</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasikan anti-koagulan, jika perlu		
--	--	--	--	--	--

2	Disfungsi motilitas gastrointestinal dengan Malnutrisi	Minggu, 31 oktober 2022	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p>Observasi</p> <p>5. Identifikasi makanan yang di sukai</p> <p>6. monitor asupan makanan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Sajikan makanan secara menarik, dan suhu yang sesuai</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan posisi duduk, jika perlu</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan masih mual <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak masih mual • menyajikan makanan menarik agar pasien bisa makan • Assesment <p>Disfungsi motilitas gstrointestinal belum teratasi</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p>	

3	Keletihan b.d kondisi fisiologis penyakit mis anemia	Minggu, 31 oktober 2022	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memonitor kelelahan fisik 4. Memonitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Melakukukan rentang gerak aktif dan pasif 4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara dan jadwal kunjungan) <p>Edukasi Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan masih lelah • pasien mengatakan pola tidur dan istirahatnya belum • pasien mengatakan belim bisa melakukan gerak aktif dan pasif <p>Objektif</p> <p>Pasien tampak konidisinya belum stabil</p> <p>Jam tidur paisen belum normal</p> <p>Pasien belum bisa melakukan gerak rentang aktif dan pasif</p> <p>Membatasi kunjungan</p> <p>Assesment</p> <p>Keletihan belum teratasi</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
---	---	----------------------------------	--	---	--

Tabel 3. 14 Catatan Keperawatan Hari Ke- 3

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin	Selasa 1 November 2022	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer Hasil : Nadi teraba tetapi lemah - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Hasil : Anemia - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Hasil : Klien tidak memiliki keluhan terkait <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Hasil : Dilakukan - Hindari pengukuran tekanan darah pada 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemas - Klien mengatakan mengerti dengan apa yang diajarkan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sirkulasi : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 154/80 mmHg - Nadi Perifer : 84 x/emnit - Capillary Refiling : >3 detik - Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll) : tidak ada - Turgor kurang elastis <p>- Hasil Lab tanggal 1-11-2022 HB : 9.5 g/dL</p>	

		<p>ekstremistas dengan keterbatasan perfusi</p> <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pencegahan infeksi <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan hidrasi <p>Hasil : Klien diberi R1 500 ml/12 jam</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berolahraga rutin - Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat <p>Hasil : Dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi <p>Hasil : Menganjurkan makanan rendah lemak</p>	<p>- Klien diberikan PRC 240 ml</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--

			<p>jenuh, dan yang mengandung omega 3)</p> <ul style="list-style-type: none">- Infomarsikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan <p>Hasil : Dilakukan</p> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasikan pemberian produk darah <p>Hasil : Klien diberikan PRC 240 ml</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasikan anti-koagulan, jika perlu		
--	--	--	---	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

2		Selasa 1 November 2022	Manajemen Nutrisi Observasi 7. Identifikasi makanan yang di sukai 8. monitor asupan	Subjektif <ul style="list-style-type: none">• pasien mengatakan rasa mual berkurang Objektif	

			<p>makanan</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Sajikan makanan secara menarik, dan suhu yang sesuai</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan posisi duduk, jika perlu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • mual berkurang • menyajikan makanan menarik agar pasien bisa makan • Assesment <p>Disfungsi motilitas gstrointestinal teratasi sebagian</p> <p>Planning</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p>	
3	Keletihan dengan Kondisi fisiologis(mis. Anemia	Selasa 1 November 2022	<p>Observasi :</p> <p>5. Memonitor kelelahan fisik</p> <p>6. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Melakukukan rentang gerak aktif dan pasif</p> <p>6. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara dan jadwal kunjungan)</p> <p>Edukasi</p> <p>Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan rasa lelah berkurang • pasien mengatakan pola tidur dan istirahatnya mulai teratur • pasien mengatakan sudah bisa melakukan gerak aktif dan pasif <p>Objektif</p> <p>Pasien tampak kondisinya mulai membaik</p> <p>Jam tidur pasien sudah normal</p> <p>Pasien sudah bisa melakukan gerak rentang aktif dan pasif</p> <p>Membatasi kunjungan</p>	

				Assesment Keletihan belum teratasi Planning Intervensi dilanjutkan	
--	--	--	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari bab II dengan kasus 1 dan 2 di bab III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi : pengkajian, perumusan diagnosa, rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Sumber data dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola koping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penulis melakukan pengkajian pada klien pertama Tn. pada tanggal 28 Oktober 2022 hasil pengkajian yang didapatkan adalah klien mengeluh pusing, mual, bab berwarna hitam pekat, lemas dan sulit melakukan aktivitas TD: 145/98 mmHg, N:108x/menit, R: 25x/menit SPO₂: 96% S:37,5°C

Dari hasil pengkajian fisik pula terdengar tidak ada suara tambahan. Hasil pengkajian selanjutnya pada tn. T pada tanggal 30 Oktober 2022 didapatkan bahwa klien mengatakan Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh lemas sejak 3 hari yang lalu mual, muntah, batuk sejak 5 hari yang lalu

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami pusing, mual, bab berwarna hitam pekat, lemas dan sulit melakukan aktivitas. Tetapi terdapat beberapa perbedaan yaitu Tn. T mengalami mual, muntah dan batuk sedangkan TN. I tidak. Penulis menduga perbedaan ini dikarenakan dari etiologi anemia yang berbeda pada kedua klien.

Data yang ditemukan pada klien kedua kasus sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (sign and symptom) (Amin, 2015).

Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnosa yang dapat diangkat dari kedua kasus diatas. Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas sama, yaitu pada Tn. T dan Tn I Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin.

Diagnosa selanjutnya yang diangkat penulis pun berbeda. Hal ini dikarenakan kedua klien diatas memiliki kasus penyerta yang berbeda. Pada Tn. T dari pengecekan hasil laboratorium nya di dapatkan jumlah serum elektrolitnya dibawah normal, maka diangkatlah diagnosa keperawatan Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan. Sedangkan pada Tn I Keletihan dengan Kondisi fisiologis(mis. Anemia

C. Intervensi Keperawatan

Pembuatan rencana keperawatan yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indoensia (SLKI). Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, dan rasional dari rencana tindakan tersebut. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama, yaitu 3 x 8 jam.

D. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini,

sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Tn. I dimulai pada 29 Oktober 2022 sampai 31 Oktober 2022 dan implementasi yang dilaksanakan pada Tn. T dimulai pada 30 Oktober 2022 sampai 1 november 2022. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Perry & Potter, 2010). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

BAB V

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami sesak, perubahan pola nafas, terdengar suara tambahan pada rongga paru, dan malaise. Tetapi terdapat beberapa perbedaan yaitu Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami pusing, mual, bab berwarna hitam pekat, lemas dan sulit melakukan aktivitas. Tetapi terdapat beberapa perbedaan yaitu Tn. T mengalami mual, muntah dan batuk sedangkan TN. I tidak. Penulis menduga perbedaan ini dikarenakan dari etiologi anemia yang berbeda pada kedua klien.

Data yang ditemukan pada klien kedua kasus sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan.

1. Diagnosa yang diangkat pada kedua pasien berbeda , hal ini dikarenakan etiologi dari anemia pada masing-masing klien berbeda, ditambah setiap klien juga memiliki penyakit penyerta yang berbeda.
2. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien guna mengatasi keluhan klien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).
3. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan intervensi

B. Saran

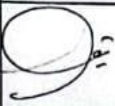

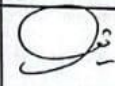



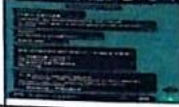






1. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi klien untuk melakukan melakukan beberapa terapi non-farmakologis, yaitu pemberian jus bayam merah
2. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/I STIKes Medistra Indonesia sebagai bahan untuk menambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah dimana kita dapat mengembangkan atau memanfaatkan fasilitas Keperawatan Medikal Beda dengan tidak bergantung kepada terapi farmakologi saja kita bisa memberikan terapi komplementer berupa pemberian jus bayam merah dalam mengatasi masalah klien. Hal ini bisa digunakan untuk mengurangi efek samping terapi farmakologis.





DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, B. N., Maani, H., & Desywar, D. (2019). Gambaran Hematologi Pasien Myelodysplastic Syndrome di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(3), 500-505.
- Hanifah, D. N., Fauzi, F. A., Jannah, E. F., Argyadini, N., Abdillah, S. S., Maulida, A. F. D., ... & Anantiya, S. P. (2022, August). Penyuluhan Anemia sebagai Upaya Preventif dan Program SABENTA CERIA (Sahabat Bentakan Cegah Remaja Anemia). In *Proceeding National Health Conference of Science*.
- Oehadian, A. (2012). Pendekatan klinis dan diagnosis anemia. *Continuing Medical Education*, 39(6), 407-412.
- Yustisia, N., Aprilatutini, T., & Desfianty, H. (2020). Studi Kualitatif Prosedur Pemasangan Transfusi Darah pada Pasien Anemia. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 8(1), 61-68.

LAMPIRAN

**KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH
AKHIR**

TANGGAL BIMBINGAN	WAKTU BIMBINGAN	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
28 Oktober 2022	15.00 WIB	Bimbingan Kian kmb		
29 Oktober 2022	10.00 WIB	Bimbingan permasalahan pasien		Melaporkan hasil mencari pasien
30 Oktober 2022	12.00 WIB	Bimbingan permasalahan pasien		
31 Oktober 2022	10.00 WIB	Chek pasien		
04 Oktober 2022	17.00 WIB	Bimbingan Bab 1		Menambahkan pembahasan tentang anemia
06 Oktober 2022	18.00 WIB	Bimbingan Bab 2		Jurnal di tambahkan
07 Oktober 2022	18.00 WIB	Revisi Bab 1 dan bab 2		Menambahkan teori tentang anemia, dan menambahkan jurnal
10 Oktober 2022	17.00 WIB	Konsul Bab 3,4 dan 5		Konsul pengkajian pasien
12 Oktober 2022	20.00 WIB	Revisi Bab 3,4,5		Pengkajian, pembahasan di lengkapi dan menambahkan daftar pustaka
13 November 2022	20.00 WIB	ACC Sidang Kian		

14 November 202	15.30-16.30 WIB	Sidang Hasil		
16 November 2022	15.00 WIB	Revisi hasil sidang Kian dengan penguji 1		Menambahkan pathway, merubah diagnosa, tambahkan daftar pustaka dan masukan ke mendley
18 November 2022	15.00 WIB	ACC Hard Cover		Tanda tangan lembar persetujuan dan lembar pengesahan

Lampiran 2 Lembar Biografi Penulis

BIOGRAFI PENULIS



I. Data Pribadi

Nama Lengkap : Evi Silviani
TTL : Karawang, 16 September 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Alamat : Dusun I RT/RW 001/001 Desa Kalibuaya
Kecamatan Telagasari Kabupaten Karawang

No Handphone : 087812287685
Email : evsilviani62552@gmail.com
Motto : “Lakukan yang terbaik yang anda bisa sampai anda tahu cara yang lebih baik. Kemudian ketika anda tahu yang lebih baik, lakukan yang terbaik”

II. Data Pendidikan

SD : SDN Pasirmukti 1 Tahun 2006 - 20012
SMP : SMPN 1 Telagasari Tahun 2012 - 2015
SMA : MAN 2 Karawang Tahun 2015 - 2018
Perguruan Tinggi : STIKes Medistra Indonesia Tahun 2018 – 2022
(S1 Ilmu Keperawatan) STIKes Medistra Indonesia tahun 2022 – sampai sekarang (Profesi Ners)