

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA NY. M. N. L.
DENGAN ANEMIA DI RUANG CEMPAKA RSUD PROF.
DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**



**OLEH
ANGELITA MADEIRA
NIM: PO.5303201181164**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN JURUSAN
KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA NY. M. N. L.
DENGAN ANEMIA DI RUANG CEMPAKA RSUD PROF.
DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan
Dan Mendapat Gelar Ahli Madya Keperawatan Melalui
Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)**



**OLEH
ANGELITA MADEIRA
NIM: PO.5303201181164**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN JURUSAN
KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Angelita Madeira NIM: PO.5303201181164 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. M. N L. Dengan Anemia Di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun Oleh



Angelita Madeira
NIM : PO.5303201181164

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada Tanggal 20 Juli 2019

Pembimbing



Era Dorihi Kale, Ns, M.Kep., Sp. Kep. MB
NIP : 197710211999032001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA
NY. M. N. L. DENGAN ANEMIA DI RUANGAN CEMPAKA
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

Disusun Oleh :



Angelita Madeira

NIM : PO.530320118201

Telah Diuji Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Maria Sambriong, SST, MPH
NIP: 196808311989032001

Penguji II



Era Dorihi Kale, Ns, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP : 197710211999032001

**Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan**



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP :196911281993031005

**Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan**



Margaretha Teli, S.Kep., Ns., MSc-PH
NIP :197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Angelita Madeira
Nim : PO.5303201181164
Program Studi : D III Keperawatan
Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes
KemenkesKupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmia yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



Angelita Madeira

NIM : PO.5303201181164

Mengetahui:

Pembimbing



Era Dorihi Kale, Ns, M.Kep., Sp. Kep. MB

NIP : 197710211999032001

BIODATA PENULIS

Nama : Angelita Madeira
Tempat Tanggal Lahir : Maubesi, 10 Agustus 1984
JenisKelamin : Perempuan
Alamat : Betun, Desa Wehali, Kec. Malaka Tengah,
Kab. Malaka, Nusa Tenggara Timur
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SDN 04 Salele, Tahun 1998
2. Tamat SMPK Sulama Kada Tahun 2001
3. Tamat SPK Pemda Waikabubak Tahun 2004
4. Pada Tahun 2018 Kuliah di Program Studi RPL
Jurusan Diploma III Keperawatan Politeknik
Kesehatan Kemenkes Kupang.

MOTTO

“ORANG MALAS TIDAK AKAN MENANGKAP BURUANNYA
TETAPI
ORANG RAJIN AKAN MEMPEROLEH HARTA YANG BERHARGA”
(AMSAL 12:27)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Ny. M. N. L. dengan Anemia di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang. Penyusunan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat dukungan dan bantuan dari beberapa pihak yang dengan caranya masing-masing menolong penulis demi keberhasilan studi penulis. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga Kepada :

1. Ibu, Era Dorihi Kale, Ns, M.Kep., Sp.Kep.MB, sebagai pembimbing sekaligus penguji II yang telah banyak memberi bimbingan, masukan serta memberikan dorongan semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
2. Ibu Maria Sambriang, SST, MPH, selaku penguji I atas segala masukan dan petunjuknya sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
3. Ibu Brigita O. Hali Samon, S.Kep, Ns, selaku Pembimbing Klinik/CI di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
4. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.
5. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.

6. Bapak drg. Mindo Sinaga, selaku Plt. Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
7. Seluruh staf ruangan Cempaka yang telah membantu penulis selama mengikuti Ujian Akhir Program di Rumah Sakit dan dalam proses penyelesaian Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Para Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang yang telah membimbing penulis selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek.
9. Bapak, Pdt. Marthen M. Ndaong, Suami tercinta, Fynsha dan Fando, anak-anakku tersayang yang telah mendukung penulis sampai menyelesaikan studi Diploma III keperawatan.
10. Abang, Adrianus Mauk yang sudah membantu dalam penyusunan dan pengetikan dalam penyelesaian Studi Kasus ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah berjasa terhadap penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa “Laporan Karya Tulis Ilmiah” ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak untuk penyempurnaan “Laporan Karya Tulis Ilmiah” ini sangat diharapkan agar lebih bermanfaat bagi yang berkepentingan.

Kupang, Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

Angelita Madeira, Asuhan Keperawatn Medikal Bedah Komprehensif Pada Ny. M. N. L. Dengan Anemia Di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Latar belakang: Anemia merupakan salah satu manifestasi klinis dari dari suatu penyakit yang sering terjadi di masyarakat. Anemia juga merupakan suatu kondisi dimana kadar hemoglobin (HB) dalam darah berada dibawah batas normal. Dampak dari adanya anemia yaitu terjadinya gagal jantung kongesti otot jantung yang anoksik tidak dapat beradaptasi terhadap beban kerja jantung yang meningkat. Tujuan penelitian ini yaitu mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia. Sampel dalam penelitian ini adalah satu orang pasien (Ny. Y. D. N.) dengan anemia.

Hasil studi kasus menunjukkan bahwa dalam pengkajian yang ditemukan pada pasien yaitu pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama pusing dan lemah. Saat pengkajian pasien Nampak lemah dan pucat, CRT >3 detik, pasien tidak mampu melakukan aktivitas sendiri (dibantu oleh keluarga dan perawat). Selain itu pasien juga mengeluh mual, muntah dan tidak ada napsu makan. Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan diantaranya: 1) ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, 2) ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, 3) intoleransi aktivitas. Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa 1: 1) monitor jalannya transfuse darah, 2) monitor reaksi pasien selama pemasangan trnsfusi darah. Diagnosa 2: 1) beri makanan hangat sedikit tapi sering, 2) bantu dan temani pasien saat makan. 4) monitor mual dan muntah. Diagnosa 3: 1) monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 2) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Implementasi keperawatan yang sudah dilaksanakan, untuk diagnosa 1: 1) memonitor jalannya transfuse darah, 3) memonitor reaksi pasien selama pemasangan trnsfusi darah. Diagnosa 2: 1) berikan makanan hangat sedikit tapi sering, 2) membantu dan menemani pasien saat makan. 4) memonitor mual dan muntah. Diagnosa 3: 1) memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 2) memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Evaluasi keperawatan: perfusi jaringan perifer sebgian efektif dan toleransi terhadap aktivitas terpenuhi sebagian dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum terpenuhi, dimana tanda dan gejala tidak berubah selama dalam perawatan.

Kesimpulan : petugas kesehatan dalam hal ini peran perawat menerapkan proses keperawatan secara optimal kepada pasien dan perlu membantu edukasi kepada pasien tentang anemia dan perawatan sehingga kualitas pelayanan dapat ditingkatkan.

Kata Kunci : *Anemia Dapat Menyebabkan Gangguan Perfusi Jaringan Perifer, Ketidakseimbangan Nutrisi dan Intoleransi Aktivitas.*

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Biodata Penulis.....	iv
Pernyataan Keaslian Tulisan	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	3
1.3 Manfaat Studi Kasus	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Dasar Anemia	5
2.1.1 Pengertian anemia.....	5
2.1.2 Klasifikasi anemia	5
2.1.3 Etiologi anemia.....	6
2.1.4 Pathway anemia.....	7
2.1.5 Manifestasi anemia	8
2.1.6 Komplikasi anemia.....	8
2.1.7 Pemeriksaan diagnostik anemia.....	9
2.1.8 Manajemen terapi anemia.....	9
2.1.9 Pencegahan penyakit anemia.....	10
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	11
2.2.1 Pengkajian	11
2.2.2 Diagnosa keperawatan.....	12
2.2.3 Intervensi keperawatan	13
2.2.4 Implementasi keperawatan	21
2.2.5 Evaluasi keperawatan	22
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	26
3.1 Hasil Studi Kasus	26
3.1.1 Pengkajian	26
3.1.2 Analisa data	28
3.1.3 Diagnosa keperawatan.....	29
3.1.4 Intervensi keperawatan.....	30
3.1.5 Implementasi keperawatan	32
3.1.6 Evaluasi keperawatan	36
3.2 Pembahasan	39

3.2.1 Pengkajian	39
3.2.2 Diagnosa keperawatan	40
3.2.3 Intervensi keperawatan	42
3.2.4 Implementasi keperawatan	43
3.2.5 Evaluasi keperawatan	45
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	46
BAB 4 PENUTUP	47
4.1 Kesimpulan	47
4.2 Saran	49
DAFTAR PUSTAKA	50
LAMPIRAN	51

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anemia merupakan salah satu manifestasi klinis/tanda dan gejala yang paling sering dijumpai di masyarakat. Di Inggris bentuk ini relative sering ditemukan dibandingkan dengan bentuk lainnya, anemia akibat kelainan kongenital seperti talasemia, dan infeksi seperti malaria jarang ditemukan. Defisiensi besi paling sering memberikan gambaran darah yang mikrositik hipokromik, yang lain akibat talasemia, dan anemia sideroblastik (jarang) terutama di negara sedang berkembang termasuk Indonesia. Anemia adalah penyakit darah yang sering ditemukan. Beberapa anemia memiliki penyakit dasarnya. Anemia bisa diklasifikasikan berdasarkan bentuk atau morfologi sel darah merah, etiologi yang mendasari dan penampakan klinis (Mansjoer, Arif. 2005).

Besi merupakan suatu kebutuhan yang diperlukan oleh tubuh. Besi juga merupakan elemen yang paling sering ditemukan pada kerak bumi. Deposit besi yang lebih pada jaringan, yang bersifat toksik akan menyebabkan kerusakan miokardium, pankreas terutama hati.

Sepanjang tubuh manusia tidak mempunyai metode aktif untuk ekskresi besi, kandungan besi sebagian besar dikontrol oleh absorpsinya. Ketidakmampuan tubuh untuk mengekskresi besi, karena kemampuan untuk mengabsorpsi besi terbatas, dan cenderung peningkatan hilangnya besi akibat perdarahan, yang kelihatannya akan menyebabkan keseimbangan besi yang negative dan terjadi defisiensi besi. Kebutuhan besi tiap hari adalah pria dewasa 1,0 mg, anak-anak 1,5 mg, wanita hamil 1,5-3 mg dan wanita menstruasi 2,0 mg (Ngastiyah, 2012).

Menurut data epidemiologi, prevalensi tertinggi ditemukan pada akhir masa bayi dan awal masa kanak-kanak diantaranya karena terdapat defisiensi besi saat kehamilan dan percepatan tumbuh masa kanak-kanak yang disertai rendahnya asupan besi dari makanan, atau karena penggunaan susu formula dengan kadar besi kurang. Kekurangan zat besi sangat mempengaruhi fungsi kognitif, tingkah laku dan pertumbuhan seorang bayi. Besi juga merupakan sumber energi bagi otot sehingga mempengaruhi ketahanan fisik dan kemampuan bekerja terutama pada remaja.

Bila kekurangan zat besi terjadi pada masa kehamilan maka akan meningkatkan risiko bayi premature dan berat badan bayi lahir rendah (BBLR). Dampak yang terjadi pada pasien anemia defisiensi besi antara lain bayi,

menghambat fungsi motorik normal (aktivitas dan gerak tubuh) dan fungsi kecerdasan, pada anak-anak dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh sehingga terlihat lemah, lelah, letih, lesu, menurunnya daya pikir, mata berkunang-kunang, berkurangnya daya tahan tubuh. Selain itu pada dampak bagi remaja yaitu terganggunya pertumbuhan dan perkembangan, kelelahan, meningkatkan kerentanan terhadap infeksi, menurunkan fungsi dan daya tahan tubuh, dan menghambat proses menstruasi bagi remaja perempuan. Demikian juga hal ini bisa terjadi pada orang dewasa dimana dapat menimbulkan kelelahan, mual, diare, sakit kepala, penyakit jantung, dan nyeri sendi. (Smeltzer, Suzanne C. 2001).

Komplikasi dari adanya anemia diantaranya, gagal jantung kongesti dapat terjadi karena otot jantung yang anoksik tidak dapat beradaptasi terhadap beban kerja jantung yang meningkat. Selain itu dispnea, nafas pendek dan cepat lelah waktu melakukan aktivitas jasmani merupakan manifestasi berkurangnya pengurangan oksigen (Price & Wilson, 2006). Selain itu, menurut Nelson (2009) komplikasi dari anemia antara lain : perdarahan, infeksi organ, gagal jantung, parestesia dan kejang.

Data yang diambil dari Ruang Cempaka, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang menggambarkan bahwa jumlah kasus anemia yang dirawat selama periode bulan Januari 2019-Juni 2019 sebanyak 106 orang. Dengan melihat data diatas dapat disimpulkan bahwa masih banyak penderita yang mengalami penyakit anemia, oleh karena itu penulis sangat tertarik mengambil kasus tersebut untuk melakukan studi kasus dalam memenuhi tugas akhir program RPL pada Prodi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa dapat mengetahui konsep dasar teori dan asuhan keperawatan serta mengaplikasikannya pada pasien dengan anemia di ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan anemia di ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
2. Mahasiswa mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan anemia di ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

3. Mahasiswa mampu mendeskripsikan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan anemia di ruangan Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan anemia di ruangan Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
5. Mahasiswa mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan anemia di ruangan Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.3 Manfaat Studi kasus

1.3.1 Manfaat Teoritis

Dapat dijadikan hasil Karya Tulis Ilmiah ini untuk membuktikan teori tentang asuhan keperawatan pada pasien yang menderita penyakit anemia, sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada pasien dengan anemia.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan anemia.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya bagi Asuhan Keperawatan pada pasien dengan anemia.

3. Bagi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya untuk memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan anemia.

4. Bagi Pasien

Agar pasien mendapat asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Anemia

2.1.1 Pengertian Anemia

Anemia dalam bahasa Yunani : anaimia yang artinya Av-an (tidak ada) dan haima (darah), tidak ada darah. Anemia atau kurang darah adalah keadaan saat jumlah sel darah merah atau jumlah hemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam sel darah merah berada dibawah normal. Sel darah merah mengandung hemoglobin yang memungkinkan mereka mengangkut oksigen dari paru-paru dan mengantarkannya ke seluruh bagian tubuh (Hadianah & Suprpto, 2014).

Defisiensi besi paling sering memberikan gambaran darah yang mikrositik hipokromik, yang lain akibat talasemia, dan anemia sideroblastik (jarang) terutama di negara sedang berkembang termasuk Indonesia. Penyakit ini disebabkan oleh kurangnya zat besi dalam tubuh penderita. Diperkirakan 30% populasi dunia menderita anemia defisiensi besi, kebanyakan dari jumlah tersebut ada di negara berkembang (J. C.E. Underwood, 2009).

2.1.2 Etiologi Anemia

Penyebab umum dari anemia antara lain kekurangan zat besi, perdarahan usus, perdarahan, genetic, kekurangan vitamin B12, kekurangan asam folat dan gangguan sunsum tulang (Mansjoer, 2005).

Secara garis besar anemia dapat disebabkan karena :

1. Peningkatan destruksi eritrosit, contohnya pada penyakit gangguan system imun, dan talasemia.
2. Penurunan produksi eritrosit, contohnya pada penyakit anemia aplastik, kekurangan nutrisi.
3. Kehilangan darah dalam jumlah besar, contohnya akibat perdarahan akut, perdarahan kronis, menstruasi, ulserasi kronis dan trauma.

2.1.3 Klasifikasi Anemia

Tabel 2.1 : Klasifikasi anemia.

JENIS	PENYEBAB
Anemia akibat kegagalan produksi	
Defisiensi hematinik	Besi Vitamin b 12 atau asam folat
Diseritropoiesis	Anemia sideroblastik Anemia refraktori Anemia pada kelainan kronis
Meningkatnya eritrosit yang hilang, lisis, atau pengumpulan	
Kehilangan darah yang akut	Membran yang cacat misalnya sferositosis heriditer.
Hemolisis akibat sel darah merah yang abnormal	Enzim yang cacat misalnya defisiensi piruvatkinase Hemoglobinopati misalnya talasemia, "sickle"
Hemolisis akibat kelainan diluar sel darah merah	Paroksimal nocturnal hemoglobinuria Anemia imun hemolitik
Hipersplenisme	Hemolitik mikroangiopatik Obat, toksin dan bahan kimia Parasit

Sumber : (Smelzer & Suzanne C, 2001).

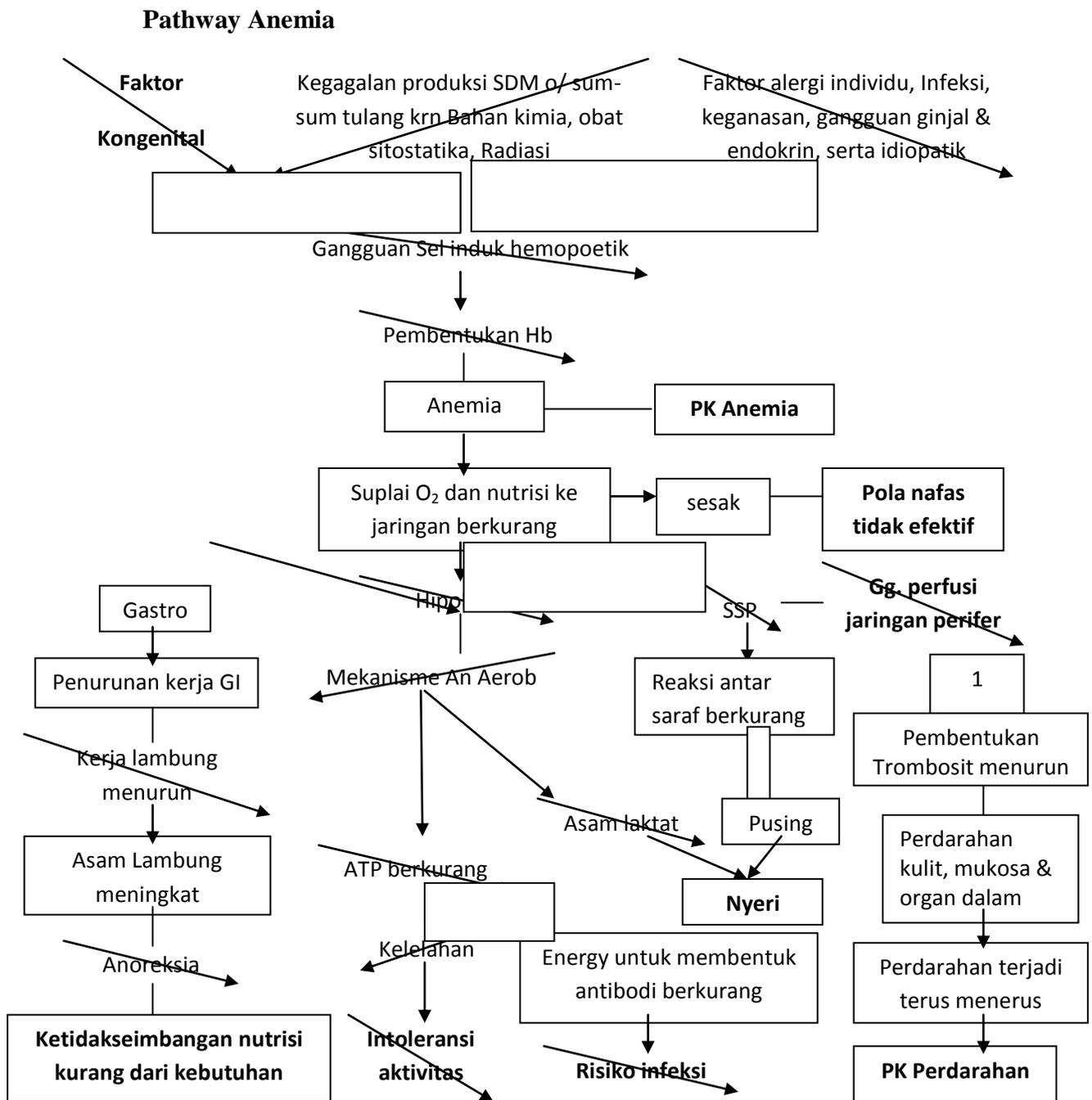


Diagram 2.1: Pathway Anemia

Sumber : (Mansjoer A, 2005)

2.1.4 Manifestasi Klinis Anemia

Tanda dan gejala yang sering muncul pada pasien dengan anemia antara lain :

1. Lemah dan mudah lelah

2. Granulositopenia dan leukositopenia menyebabkan lebih mudah terkena infeksi bakteri
3. Trombositopenia menimbulkan perdarahan mukosa dan kulit
4. Pucat
5. Pusing
6. Anoreksia
7. Peningkatan tekanan sistolik
8. Takikardia
9. Penurunan pengisian kapiler
10. Sesak
11. Demam
12. Purpura
13. Petekie
14. Hepatosplenomegali
15. Limfadenopati (Tierney,dkk.2003.Hal:95).

2.1.5 Komplikasi Anemia

Anemia juga menyebabkan daya tahan tubuh berkurang. Akibatnya, penderita anemia akan mudah terkena infeksi. Gampang batuk-pilek, gampang flu, atau gampang terkena infeksi saluran napas, jantung juga menjadi gampang lelah, karena harus memompa darah lebih kuat. Pada kasus ibu hamil dengan anemia, jika lambat ditangani dan berkelanjutan dapat menyebabkan kematian, dan berisiko bagi janin. Selain bayi lahir dengan berat badan rendah, anemia bisa juga mengganggu perkembangan organ-organ tubuh, termasuk otak. Anemia berat, gagal jantung kongesti dapat terjadi karena otot jantung yang anoksik tidak dapat beradaptasi terhadap beban kerja jantung yang meningkat. Selain itu dispnea, nafas pendek dan cepat lelah waktu melakukan aktivitas jasmani merupakan manifestasi berkurangnya pengurangan oksigen (Price &Wilson, 2006).

Selain itu, menurut Nelson (2009) komplikasi dari anemia antara lain :

1. Perdarahan

2. Infeksi organ
3. Gagal jantung
4. Parestesia
5. Kejang

2.1.6 Pemeriksaan diagnostic Anemia

Berbagai uji hematologis dilakukan untuk menentukan jenis dan penyebab anemia. Uji tersebut meliputi :

1. Kadar hemoglobin dan hemotokrit
2. Indeks sel darah merah
3. Penelitian sel darah putih
4. Kadar besi serum
5. Pengukuran kapasitas iktan-besi
6. Kadar Folat
7. Vitamin B12
8. Hitung trombosit
9. Dan biopsy sumsum tulang dapat dilakukan (Smeltzer & Barre, 2002).

2.1.7 Manajemen Terapi Anemia

Terapi langsung ditujukan pada penyebab anemia, dapat berupa :

1. Transfusi darah.
2. Pemberian kortikosteroid atau obat-obat lain yang dapat menekan sistem imun.
3. Pemberian eritropoietin, hormon yang berperang pada proses hematopoiesis, berfungsi untuk membentuk sumsum tulang pada proses hematopoiesis.
4. Pemberian suplemen besi, vitamin B12, vitamin-vitamin dan mineral lain yang yang dibutuhkan.

Akibat dari anemia adalah transportasi sel darah merah akan terganggu dari jaringan tubuh si penderita anemia akan mengalami kekurangan oksigen guna menghasilkan energy. Maka tidak mengherankan jika gejala anemia ditunjukkan

dengan gejala cepat lelah, pucat, gelisah dan terkadang sesak. Serta ditandai dengan warna pucat di beberapa bagian tubuh seperti lidah dan kelopak mata. (Hadianah & Suprpto, 2014).

2.1.8 Pencegahan Penyakit Anemia

Banyak jenis anemia tidak dapat dicegah. Tapi dapat membantu menghindari anemia defisiensi besi (*iron deficiency anemias*) dan anemia defisiensi vitamin dengan makanan sehat yang mengandung :

1. Zat Besi

Dapat ditemukan pada daging. Jenis lain adalah kacang, sayuran berwarna hijau gelap, buah yang dikeringkan, dan lain-lain. Makanan yang mengandung zat besi penting untuk mereka yang membutuhkan zat besi tinggi seperti pada anak-anak, wanita menstruasi dan wanita hamil. Zat besi yang cukup juga penting untuk bayi, vegetarian (orang yang hanya makan dari tumbuh-tumbuhan dan tidak dari daging) dan atlet.

2. Folat

Dapat ditemukan pada jeruk, pisang, sayuran berwarna hijau gelap, kacang-kacangan, sereal dan pasta.

3. Vitamin B12

Vitamin ini banyak terdapat pada daging dan susu.

4. Vitamin C

Vitamin C membantu penyerapan zat besi. Makanan yang mengandung vitamin C antara lain jeruk, melon dan buah strawberi (Mansjoer, A. 2005).

2.2 Konsep dasar Asuhan Keperawatan Anemia

2.2.1 Pengkajian

1. Primer Assesment

- a. Biodata pasien, terdiri dari : nama : (Tn. Ny. An.), umur/tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir, alamat, no. RM, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnose medis, nama penanggungjawab
- b. Data subjektif

- 1) Riwayat penyakit saat ini: pingsan secara tiba-tiba atau penurunan kesadaran, kelemahan, keletihan berat disertai nyeri kepala, demam, penglihatan kabur, dan vertigo.
- 2) Riwayat sebelumnya : gagal jantung, dan/atau perdarahan massif.

c. Data objektif

- 1) Airway : tidak ada sumbatan jalan napas (obstruksi)
- 2) Breathing : sesak sewaktu bekerja, dipsnea, takipnea, dan orthopnea
- 3) Circulation :
 CRT > 2 detik, takikardi, bunyi jantung murmur, pucat pada kulit dan membrane mukosa (konjunktiva, mulut, faring, bibir) dan dasar kuku. (catatan: pada pasien kulit hitam, pucat dapat tampak sebagai keabu-abuan), kuku mudah patah, berbentuk seperti sendok (clubbing finger), rambut kering, mudah putus, menipis, perasaan dingin pada ekstremitas.
- 4) Disability (status neurologi)
- 5) Sakit/nyeri kepala, pusing, vertigo, tinnitus, ketidak mampuan berkonsentrasi, insomnia, penglihatan kabur, kelemahan, keletihan berat, sensitif terhadap dingin.

2. Sekunder Assessment

a. Eksposure

Tidak ada jejas atau kontusio pada dada, punggung, dan abdomen.

b. Five intervention

Hipotensi, takikardia, dispnea, ortopnea, takipnea, demam, hemoglobin dan

hemalokrit menurun, hasil lab pada setiap jenis anemia dapat berbeda. Biasanya hasil lab menunjukkan jumlah eritrosit menurun, jumlah retikulosit bervariasi, misal : menurun pada anemia aplastik (AP) dan meningkat pada respons sumsum tulang terhadap kehilangan darah/hemolisis.

c. Give comfort

Adanya nyeri kepala hebat yang bersifat akut dan dirasakan secara tiba-tiba, nyeri yang dialami tersebut hilang timbul.

d. Head to toe

1) Daerah kepala : konjunktiva pucat, sclera jaundice.

2) Daerah dada :

Tidak ada jejas akibat trauma, bunyi jantung murmur, bunyi napas wheezing.

3) Daerah abdomen : splenomegali

4) Daerah ekstremitas : penurunan kekuatan otot karena kelemahan,

clubbing finger (kuku sendok), perasaan dingin pada ekstremitas.

e. Inspect the posterior surface

Tidak ada jejas pada daerah punggung (Price & Wilson, 2006).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan (NANDA 2015-2017)

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan O₂ ke otak ditandai dengan penurunan kesadaran, nyeri kepala
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi ditandai dengan dipsneu, takikardia
3. PK Anemia
4. PK Perdarahan
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidak mampuan mencerna makanan /absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah ditandai dengan mual-muntah, anoreksia, penurunan BB $\geq 20\%$
6. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (asam laktat) ditandai dengan px meringis, nyeri kepala
7. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan.

8. Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin leucopenia, atau penurunan granulosit (respons inflamasi tertekan)

2.2.3 Intervensi Keperawatan (NOC & NIC Edisi 8)

Diagnosa 1 : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan O₂ ke otak ditandai dengan penurunan kesadaran, nyeri kepala

NOC :

1. Circulation status (Status Sirkulasi)
2. Tissue Prefusion : Cerebral (Perfusi Jaringan : Serebral)

Outcome/Kriteria Hasil :

1. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :
 - a. Tekanan systole dandiastole dalam rentang yang diharapkan
 - b. Tidak ada ortostatikhipertensi
 - c. Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)
2. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:
 - a. Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
 - b. Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
 - c. Memproses informasi
 - d. Membuat keputusan dengan benar
3. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan gerakan involunter

NIC : Intrakranial Pressure (ICP) Monitoring (Monitor tekanan intrakranial)

1. Berikan informasi kepada keluarga
2. Set alarm
3. Monitor tekanan perfusi serebral
4. Catat respon pasien terhadap stimuli
5. Monitor tekanan intrakranial pasien dan respon neurology terhadap aktivitas
6. Monitor jumlah drainage cairan serebrospinal

7. Monitor intake dan output cairan
8. Restrain pasien jika perlu
9. Monitor suhu dan angka WBC
10. Kolaborasi pemberian antibiotik
11. Posisikan pasien pada posisi semifowler
12. Minimalkan stimuli dari lingkungan

NIC : Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)

1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul
2. Monitor adanya parestese
3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lisi atau laserasi
4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi
5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung
6. Monitor kemampuan BAB
7. Kolaborasi pemberian analgetik
8. Monitor adanya tromboplebitis
9. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

Diagnosa 2 : Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi ditandai dengan dispneu, takikardial

NOC :

1. Respiratory status : Ventilation (Status Respirasi : Ventilasi)
2. Respiratory status : Airway patency (Status Respirasi : Patensi Jalan Napas)
3. Vital sign Status (status TTV)

Outcome/kriteria Hasil :

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)

3. Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)

NIC :

Airway Management (Manajemen Jalan Napas)

1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan
4. Pasang mayo bila perlu
5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu
6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
8. Lakukan suction pada mayo
9. Berikan bronkodilator bila perlu
10. Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab
11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.
12. Monitor respirasi dan status O₂

Terapi Oksigen

1. Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea
2. Pertahankan jalan nafas yang paten
3. Atur peralatan oksigenasi
4. Monitor aliran oksigen
5. Pertahankan posisi pasien
6. Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi
7. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

Diagnosa 3 : PK Anemia

NOC : Perawat dapat melakukan pencegahan untuk meminimalkan terjadinya anemia berkelanjutan.

Kriteria hasil/Outcome :

1. TTV dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, nadi: 60-100 x/menit, suhu: 36-37,5°C, RR: 16-20 x/menit).
2. Konjungtiva berwarna merah muda.
3. Hb klien dalam batas normal (12-16 g/dL).

4. Mukosa bibir berwarna merah muda.
5. Klien tidak mengalami lemas dan lesu.

Intervensi:

1. Pantau tanda dan gejala anemia
 - a. Adanya letargi
 - b. Adanya kelemahan
 - c. Keletihan
 - d. Peningkatan pucat
 - e. Dyspneu saat melakukan aktivitas
2. Monitor kadar Hb
3. Kolaborasi perlunya pemberian transfusi

Diagnosa 4 : PK Perdarahan

NOC : Perawat dapat meminimalkan perdarahan dan mencegah komplikasi perdarahan

Outcome/kriteria hasil:

1. Nilai Ht dan Hb berada dalam batas normal (10-11 gr %)
2. Klien tidak mengalami episode perdarahan
3. Tanda-tanda vital berada dalam batas normal (RR = 12-20 x/menit, nadi = 60-100 x menit, TD dalam batas normal 120/80 mmHg).

NIC :

1. Kaji pasien untuk menemukan bukti-bukti perdarahan atau hemoragi.
Rasional:
dengan mengetahui adanya perdarahan maka perawat dapat memberikan intervensi lebih dini sehingga perdarahan yang berlebihan dapat dicegah dan tidak terjadi komplikasi.
2. Pantau hasil lab berhubungan dengan perdarahan. *Rasional:* untuk mengetahui komponen-komponen darah yang mengalami kelainan, sehingga dapat diketahui penyebab terjadinya perdarahan.
3. Lindungi pasien terhadap cedera dan terjatuh. *Rasional:* cedera atau terjatuh dapat menyebabkan terjadinya perdarahan.

4. Siapkan pasien secara fisik dan psikologis untuk menjalani bentuk terapi lain jika diperlukan. *Rasional:* kesiapan pasien baik secara fisik dan psikologis dapat membantu memperlancar jalannya terapi.

Diagnosa 5 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidak mampuan mencerna makanan/absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah ditandai dengan mual-muntah, anoreksia, penurunan $BB \geq 20\%$

NOC :

1. Nutritional Status : Food and Fluid Intake (Status Nutrisi : Intake Makanan dan Cairan)

Outcome/Kriteria Hasil :

1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi
5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

NIC :

Nutrient Terapy (Terapi Nutrisi) :

1. Kaji status nutrisi klien.
2. Jaga kebersihan mulut, ajarkan oral hygiene pada klien/keluarga.
3. Kolaborasi pemberian nutrisi secara parenteral.
4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi setelah klien selesai diindikasikan untuk puasa.

Body Weigh Management/Manajemen Berat Badan :

1. Timbang berat badan klien secara teratur.
2. Diskusikan dengan keluarga klien hal-hal yang menyebabkan penurunan berat badan.
3. Pantau hasil laboratorium, seperti kadar serum albumin, dan elektrolit.

Vomiting Management (Manajemen Mual):

1. Dukung pasien untuk mempelajari strategi untuk manajemen mual.

2. Kaji frekuensi mual, durasi, tingkat keparahan, factor frekuensi, presipitasi yang menyebabkan mual.
3. Kontrol lingkungan sekitar yang menyebabkan mual.
4. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi mual (relaksasi, guide imagery, distraksi).

Diagnosa 6 : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (asam laktat) ditandai dengan px meringis, nyeri kepala

NOC :

1. Pain Level,
2. Pain control,
3. Comfort level

Kriteria Hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Tanda vital dalam rentang normal

NIC : Pain Management

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan

8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
9. Kurangi faktor presipitasi nyeri
10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi
13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
15. Tingkatkan istirahat
16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

Analgesic Administration

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
3. Cek riwayat alergi
4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)

Diagnosa 7 : Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan.

NOC :

1. Energy conservation (Konservasi energy)
2. Self Care : Activity Daily Livings (Perawatan Diri : Aktivitas Sehari-hari)

Outcome/Kriteria Hasil :

1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
2. Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri

NIC :**Energy Management (Manajemen Energi)**

1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
2. Dorong anak untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan
3. Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
4. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
5. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
6. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas
7. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien

Activity Therapy

1. Kolaborasi dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.
2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social
4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan
5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
6. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai
7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang
8. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
10. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
11. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual

Diagnosa 8 : Risiko infeksi berhubungan dengan penurunan daya tahan tubuh sekunder leucopenia, penurunan granulosit (respons inflamasi tertekan).

NOC : Immune Status (Status Imun), **Knowledge** : Infection control (Pengetahuan:control infeksi), Risk control (control infeksi)

Outcome/Kriteria Hasil :

1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya,
3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
4. Jumlah leukosit dalam batas normal
5. Menunjukkan perilaku hidup sehat

2.2.4 Implementasi Keperawatan (NOC & NIC Edisi 8)

Implementasi merupakan suatu tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien untuk itu diharapkan harus sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah dibuat.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa 1:

Perfusi jaringan serebral:

1. Tidak terjadi peningkatan tekanan intrakranial (*skala 5 = no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*)
2. Tekanan darah sistolik normal (120 mmHg) (*skala 5 = no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*)
3. Tekanan darah diastolik normal (80 mmHg) (*skala 5 = no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*)
4. Tidak ada sakit kepala (*skala 5 = none/tidak ada*)
5. Tidak ada gelisah (*skala 5 = none*)
6. Tidak ada agitasi (*skala 5 = none*)
7. Tidak ada syncope (*skala 5 = none*)
8. Tidak ada muntah (*skala 5 = none*)
9. Tidak ada gangguan kognisi (*skala 5 = none/tidak ada*)

Diagnosa 2:

Status pernapasan: ventilasi

1. Kedalaman pernapasan normal (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal)
2. Tidak tampak penggunaan otot bantu pernapasan (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal)
3. Tidak tampak retraksi dinding dada (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal)

Tanda-tanda vital

1. Frekuensi pernapasan dalam batas normal (16-20x/mnt) (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal)

Diagnosa 3 :

- 1 TTV dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, nadi: 60-100 x/menit, suhu: 36-37,5°C, RR: 16-20 x/menit).
- 2 Konjungtiva berwarna merah muda.
- 3 Hb klien dalam batas normal (12-16 g/dL).
- 4 Mukosa bibir berwarna merah muda.
- 5 Klien tidak mengalami lemas dan lesu.

Diagnosa 4 :

1. Nilai Ht dan Hb berada dalam batas normal (10-11 gr %)
2. Klien tidak mengalami episode perdarahan
3. Tanda-tanda vital berada dalam batas normal (RR = 12-20 x/menit, nadi = 60-100 x menit, TD dalam batas normal 120/80 mmHg).

Diagnosa 5 :

Status nutrisi:

1. Masukan nutrisi adekuat
2. Keparahan Nausea dan vomitting
 - a. Frekuensi nausea (skala 5 = *none*/tidak ada)
 - b. Intensitas nausea (skala 5 = *none*)
 - c. Frekuensi vomitting (skala 5 = *none*)
 - d. Intensitas vomitting (skala 5 = *none*)
 - e. Tidak terdapat darah dalam emesis (skala 5 = *none*/tidak ada)

Status nutrisi : hitung biokimia

1. Serum albumin dalam batas normal (3,4-4,8 gr/dL) (skala 5= *No deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal)

Diagnosa 6 :

Pain level (Level nyeri):

1. Klien tidak melaporkan adanya nyeri (skala 5 = *none*/ tidak ada)
2. Klien tidak merintih ataupun menangis (skala 5 = *none*)
3. Klien tidak menunjukkan ekspresi wajah terhadap nyeri (skala 5 = *none*)
4. Klien tidak tampak berkeringat dingin (skala 5 = *none*)
5. RR dalam batas normal (16-20 x/mnt) (skala 5 = *normal*)
6. Nadi dalam batas normal (60-100x/mnt) (skala 5 = *normal*)
7. Tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg) (skala 5 = *normal*)

Pain control (Kontrol Nyeri):

1. Klien dapat mengontrol nyerinya dengan menggunakan teknik manajemen nyeri non farmakologis (skala 5 = *consistently demonstrated*/Secara konsisten ditunjukkan)
2. Klien dapat menggunakan analgesik sesuai indikasi (skala 5 = *consistently demonstrated* Secara konsisten ditunjukkan)
3. Klien melaporkan nyeri terkontrol (skala 5 = *consistently demonstrated*/ Secara konsisten ditunjukkan)

Diagnosa 7 :

1. Toleransi Aktivitas
 - a. Saturasi oksigen dalam rentang normal (>90%) (*skala 5= no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal).
 - b. Tidak terjadi perubahan dalam warna kulit (*Skala 5 = None*/tidak ada)
2. *Fatigue Level*
 - a. Tidak terjadi penurunan motivasi beraktivitas (*Skala 5 = None*)
 - b. Tidak mengalami sakit kepala saat beraktivitas (*Skala 5 = None*)
2. *Self Care Status*
 - a. Klien mampu mandi, berpakaian, makan dan toileting secara mandiri (*Skala 5 = Consistently demonstrated*)

3. *Vital Sign dalam Batas Normal (skala 5 = no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal).*
 - a. Suhu tubuh 36,5-37,5o C
 - b. Respirasi rate 16-20 x per menit
 - c. Tekanan darah 120/80 mmHg
 - d. Nadi 60-100 x per menit

Diagnosa 8 :

1. Tidak ada kemerahan (Skala 5 = *None/tida ada*)
2. Tidak terjadi hipertermia (Skala 5 = *None*)
3. Tidak ada nyeri (Skala 5 = *None*)
4. Tidak ada pembengkakan (Skala 5 = *None*)
5. Suhu dalam batas normal (36,5° – 37°C) (skala 5 = *no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*).
6. Tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg) (skala 5 = *no deviation from normal range*)
7. Nadi dalam batas normal (60-100 x/mnt) (skala 5 = *no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*).
8. RR dalam batas normal (12-20 x/mnt) (skala 5 = *no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*).
9. WBC dalam batas normal (4,6 – 10,2 k/ul) (skala 5 = *no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*).
10. Klien mampu menyebutkan factor-faktor resiko penyebab infeksi (Skala 5 = *Consistenly demonstrated/Secara konsisten ditunjukkan*).
11. Klien mampu memonitor lingkungan penyebab infeksi (Skala 5 = *Consistenly demonstrated*)
12. Klien mampu memonitor tingkah laku penyebab infeksi (Skala 5 = *Consistenly demonstrated/Secara konsisten ditunjukkan*).
13. Tidak terjadi paparan saat tindakan keperawatan (Skala 5 = *Consistenly demonstrated/Secara konsisten ditunjukkan*).

2.2.1 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan. Tujuan implementasi adalah mengatasi masalah yang terjadi pada manusia. Setelah rencana keperawatan disusun, maka rencana tersebut diharapkan dalam tindakan nyata untuk mencapai tujuan yang diharapkan, tindakan tersebut harus terperinci sehingga dapat diharapkan tenaga pelaksanaan keperawatan dengan baik dan sesuai dengan waktu yang ditentukan Implementasi ini juga dilakukan oleh perawat dan harus menjunjung tinggi harkat dan martabat sebagai manusia yang unik (Price & Wilson, 2009).

2.2.2 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatan. Evaluasi menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah direncanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Price & Wilson, 2009). Menurut Price & Wilson (2009), evaluasi keperawatan ada 2 yaitu:

1. Evaluasi proses (formatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan. Berorientasi pada etiologi dan dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.
2. Evaluasi hasil (sumatif) yaitu evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Berorientasi pada masalah keperawatan dan menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan. Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan data-data sebagai berikut:

1. Identitas Pasien

nama: Ny. M. N. L., tanggal lahir : 19 Maret 1925, umur: 94 tahun, jenis kelamin : perempuan, diagnosa medis : Anemia, no RM : 51. 60. 97, pendidikan terakhir : SD, alamat : Kelurahan Sikumana, tgl MRS : 13 Juli 2019, pekerjaan : Pekerja rumah tangga.

2. Identitas Penanggungjawab

Nama : Ny. A. P., jenis kelamin : perempuan, alamat : Kelurahan Sikumana, pekerjaan : Pensiunan hukum, hubungan dengan klien : anak kandung.

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pusing dan badan lemah

b. Riwayat kesehatan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak merasakan keluhan seperti ini, bisa melakukan pekerjaan yang ringan dengan baik.

c. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan saat dikaji : pasien mengatakan badan lemah, pusing, tidak ada nafsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah, tidak bisa melakukan pekerjaan sehari-hari karena lemas.

d. Riwayat penyakit sebelumnya

Keluhan saat dikaji : pasien mengatakan tidak pernah mengalami sakit seperti maupun penyakit lain. Pasien juga mengatakan tidak mempunyai riwayat operasi dan riwayat alergi.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita

penyakit seperti ini, maupun penyakit yang lainnya. Saat ditanya tentang riwayat keluarganya pasien mengatakan lupa.

Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu : tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 (E4 V5 M6). Tampak keadaan umum lemah, sclera mata putih, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, CRT > 3 detik dan Skala aktivitas 3. Tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg, N: 70 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36,5 °C. Berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 152 cm, IMT : $39 / (1,1,45 \times 1,45) = 39 / 2,30 : 16,9$ (status gizi kurang).

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan darah

Dilakukan pada tanggal 13 Juli 2019 antara lain :

- 1) HB 7,9 gr% (nilai normal 12-16 gr%)
- 2) Jumlah eritrosit 3,9 % (nilai normal 4,20-5,40%)

5. Terapi

Di ruangan Cempaka, Nn. M. N. L. mendapatkan terapi infus Aminofluid 1 botol/24 jam, RL 1000 ml/24 jam 20TPM/iv, tranfusi darah (PRC) 2 inbumin 2 x 1/oral, cefixime 2 x 200 mg/oral, bag, Lansoprazole 1x1 (malam), Asam folat 2x1 tablet, Furosemide 1x20 mg/iv, omeprazole inj. 2x40 mg.iv, lifron b.plex 0-1-0.

3.1.2 Analisa Data

Data subjektif : pasien mengatakan badan lemah dan pusing. **Data Obyektif** : tampak keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C, HB 7,9 gr% (nilai

normal 13-18 gr%), jumlah eritrosit : 3,9 % (nilai normal 4,0-5,5 %). **Etiologi:** penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Masalah keperawatan :** ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.

Data subyektif: Pasien mengatakan tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. **Data obyektif:** pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, Berat badan saat ini 45 kg, tinggi badan 160 cm, IMT : $45 / (1,60 \times 1,60) = 45 / 2,56 : 17,5$, status gizi **underweight** **Etiologi:** asupan makanan kurang/inadekuat. **Masalah keperawatan:** ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Data subyektif : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. **Data obyektif :** pasien tampak lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas. **Etiologi :** ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Masalah keperawatan :** intoleransi aktivitas.

3.1.3 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

Dari hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang diambil adalah :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan asupan makanan kurang/inadekuat.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah sebagai suatu dokumen tulisan yang berisi tentang cara menyelesaikan masalah, tujuan, intervensi (**NOC & NIC 2013, edisi kelima**). Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi pada :

Diagnosa keperawatan 1 : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Goal :** Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan perifer yang efektif selama dalam perawatan. **Obyektif :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan perifer pasien efektif. **NOC : Domain 2 :** kesehatan fisiologis, **Kelas E :** jantung paru, **Kode 0407 :** perfusi jaringan perifer yaitu kecukupan aliran darah melalui pembuluh kecil di ujung kaki dan tangan, untuk mempertahankan fungsi jaringan, meningkat dari 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) menjadi 4 (deviasi ringan dari kisaran normal). **Kriteria Hasil :** 1) mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan : tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan, tidak ada ortostatikhipertensi, tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg). 2) mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan: berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan, menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi, memproses informasi, membuat keputusan dengan benar. 3) menunjukkan fungsi sensori motorik cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan involunter. **NIC : Domain 2 :** fisiologis kompleks, **Kelas N :** manajemen perfusi jaringan, **Kode 4030 :** pemberian produk-produk darah, yaitu pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien. **Aktivitas-aktivitas :** 1) Monitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfusi. 2) Monitor tetesan cairan infuse. 3) Hubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bag. 4) Edukasi pasien rencana pemberian transfuse darah. 5) Layani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. 6) Layani transfuse darah. 7) Monitor adanya reaksi transfuse darah. 8) Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. 9) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. 10) Kolaborasi pemberian terapi obat.

Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Goal :** pasien akan meningkatkan keseimbangan dan kebutuhan nutrisi selama dalam perawatan.

Obyektif : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi. **NOC : Domain 2** : kesehatan fisiologis. **Kelas K** : pencernaan & nutrisi. **Kode 1008** : Status nutrisi : asupan makanan & cairan , yaitu : jumlah makanan dan cairan yang masuk kedalam tubuh lebih dari suatu periode 24 jam, meningkat dari 2 (sedikit adekuat) menjadi 4 (sebagian besar adekuat). **Kriteria Hasil** : adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan, berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan, mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, tidak ada tanda tanda malnutrisi, menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan, tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. **NIC : Domain 1** : fisiologis dasar. **Kelas D** : dukungan nutrisi. **Kode 1100** : Manajemen Nutrisi, yaitu menyediakan dan meningkatkan intake nutrisi yang seimbang. **Kode 1260** : manajemen berat badan. **Aktivitas-aktivitas** : 1) Kaji adanya alergi makanan. 2) Kaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 3) hidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. 4) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 5) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C. 6) Beri kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 7) Atur posisi setengah duduk. 8) Bantu dan temani pasien saat makan. 9) Monitor lingkungan selama 10) Evaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 11) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12) Monitor adanya penurunan berat badan. 13) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit. 14) Monitor mual dan muntah. 15) Monitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count).

Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Goal** : Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan. **Obyektif** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien meningkat dalam beraktivitas. **Domain 1** : fungsi kesehatan. **Kelas A** : pemeliharaan kesehatan. **Kode 0005** : toleransi terhadap aktivitas, yaitu : respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energy dalam aktivitas sehari-hari, meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu).

Indikator/Outcome : 000501 : saturasi oksigen ketika beraktivitas, **000502** : frekuensi nadi ketika beraktivitas, **000503** : frekuensi pernapasan ketika beraktivitas, **000508** : kemudahan bernapas ketika beraktivitas, **000504** : tekanan darah sistolik ketika beraktivitas, **000505** : tekanan darah diastolik ketika beraktivitas, **000517** : kekuatan tubuh bagian bawah. **NIC : Domain 1** : fisiologis dasar. **Kelas L** : manajemen aktivitas dan latihan. **Kode 3550** : manajemen energi, yaitu pengaturan energi yang digunakan untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi. **Aktivitas-aktivitas** : 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 4) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 5) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 6) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 7) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan. 8) Bantu pasien dalam pemberian makan.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya (Nursalam, 2011).

Hari pertama dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Implementasi** : Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfusi. Jam 08.10, Memonitor tetesan cairan infuse menjadi 4 tetes permenit. Jam 08.30, Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bag. Jam 09.00, Memberikan edukasi kepada pasien tentang rencana pemberian transfuse darah. Jam 09.10, Melayani cairan

infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. Jam 10.00, Melayani transfuse darah. Jam 10.10, Monitor adanya reaksi transfuse darah. Jam 10.20, Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. Jam 10.25, Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. Jam 10.30, Memberikan terapi injeksi furosemid 20 mg/iv.

Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Implementasi :** Jam 10.45 Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. Jam 10.50, Mengkaji adanya alergi makanan. Jam 11.30 Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. Jam 11.35, Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. Jam 11.45, Menganjurkan pasien konsumsi makanan rendah protein. Jam 11.55, Mengatur posisi setengah duduk. Jam 12.00, Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 12.05, Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12.10, Memonitor adanya penurunan berat badan. 12.15, Memonitor , mual & muntah, kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit 12.20, Memonitor kadar hemoglobin.

Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Implementasi :** Jam 12.30, Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 12.35, Membantu pasien dalam pemberian makan. Jam 12.40, Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 12.45, Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 12.50, Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 12.55, Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.

Hari kedua dilakukan pada tanggal 16 Juli 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1 :** Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Implementasi :** Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal,

selama dan setelah transfusi. Jam 08.10, Memonitor tetesan cairan infuse menjadi 4 tetes permenit. Jam 08.30, Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bag. Jam 09.00, Memberikan edukasi kepada pasien tentang rencana pemberian transfuse darah. Jam 09.10, Melayani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. Jam 10.00, Melayani transfuse darah. Jam 10.10, Monitor adanya reaksi transfuse darah. Jam 10.20, Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. Jam 10.25, Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. Jam 10.30, Memberikan terapi injeksi furosemid 20 mg/iv.

Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Implementasi :** Jam 10.45 Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. Jam 10.50, Mengkaji adanya alergi makanan. Jam 11.30 Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. Jam 11.35, Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. Jam 11.45, Menganjurkan pasien konsumsi makanan rendah protein. Jam 11.55, Mengatur posisi setengah duduk. Jam 12.00, Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 12.05, Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12.10, Memonitor adanya penurunan berat badan. 12.15, Memonitor , mual & muntah, kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit 12.20, Memonitor kadar hemoglobin.

Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Implementasi :** Jam 12.30, Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 12.35, Membantu pasien dalam pemberian makan. Jam 12.40, Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 12.45, Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 12.50, Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 12.55, Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.

Hari ketiga dilakukan pada tanggal 17 Juli 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Implementasi** : Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfusi. Jam 08.10, Memonitor tetesan cairan infuse menjadi 4 tetes permenit. Jam 08.30, Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bag. Jam 09.00, Memberikan edukasi kepada pasien tentang rencana pemberian transfuse darah. Jam 09.10, Melayani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. Jam 10.00, Melayani transfuse darah. Jam 10.10, Monitor adanya reaksi transfuse darah. Jam 10.20, Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. Jam 10.25, Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. Jam 10.30, Memberikan terapi injeksi furosemid 20 mg/iv.

Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Implementasi** : Jam 10.45 Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. Jam 10.50, Mengkaji adanya alergi makanan. Jam 11.30 Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. Jam 11.35, Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. Jam 11.45, Menganjurkan pasien konsumsi makanan rendah protein. Jam 11.55, Mengatur posisi setengah duduk. Jam 12.00, Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 12.05, Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12.10, Memonitor adanya penurunan berat badan. 12.15, Memonitor , mual & muntah, kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit 12.20, Memonitor kadar hemoglobin.

Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Implementasi** : Jam 12.30, Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 12.35, Membantu pasien dalam pemberian makan. Jam 12.40, Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 12.45,

Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 12.50, Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 12.55, Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan (Nursalam, 2011).

Evaluasi hari pertama tanggal 15 Juli 2019. **Diagnosa 1** : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Jam 13.30, S** : pasien mengatakan badan lemah dan pusing. **O** : tampak keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C, HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%), RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-11 dilanjutkan.

Diagnosa 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Jam 13.40, S** : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. **O** : Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, berat badan sebelum sakit 47 kg, berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-15 dilanjutkan.

Diagnosa 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Jam 13.50, S** : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. **O** : pasien tampak

lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua tanggal 16 Juli 2019 **Diagnosa 1** : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Jam 13.30**, **S** : pasien mengatakan badan lemah dan pusing. **O** : tampak keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C, HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%), RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-11 dilanjutkan.

Diagnosa 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Jam 13.45**, **S** : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. **O** : Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, berat badan sebelum sakit 47 kg, berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 147 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-15 dilanjutkan.

Diagnosa 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Jam 13.50**, **S** : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. **O** : pasien tampak lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan.

Evaluasi hari ketiga tanggal 17 Juli 2019. **Diagnosa 1** : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Jam 13.30**, **S** : pasien mengatakan badan lemah dan pusing. **O** : tampak keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik. Pasien

tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C, HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%), RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %), jumlah trombosit 114 10³/ul (Nilai normalnya 150-400 10³/ul). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-11 dilanjutkan.

Diagnosa 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Jam 13.45**, **S** : Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. **O** : Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, berat badan sebelum sakit 47 kg, berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 147 cm, IMT : 18,5, BMI (berat badan ideal) : 41,5 kg. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-15 dilanjutkan.

Diagnosa 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Jam 13.50**, **S** : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. **O** : pasien tampak lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan.

3.2 Pembahasan

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 sampai dengan 17 Juli 2019 di ruangan Cempaka RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian

Menurut Price & Wilson (2006) pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan

klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan kebutuhan klien atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

Manurut Tierney,dkk (2003) tanda dan gejala anemia antara lain : lemah dan mudah lelah, ranulositopenia dan leukositopenia menyebabkan lebih mudah terkena infeksi bakteri, trombotopenia menimbulkan perdarahan mukosa dan kulit, pucat, pusing, anoreksia, peningkatan tekanan sistolik, takikardia, penurunan pengisian kapiler, sesak, demam, purpura, ptekie, hepatosplenomegali, limfadenopati.

Hasil pengkajian yang didapatkan adalah Ny. M. N. L. mengalami sakit yang sedang, dengan keluhan pasien mengatakan badan lemah dan pusing, tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah, tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. Tampak keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C, HB 7,9 gr% (nilai normal 13-18 gr%), jumlah eritrosit : 3,9 % (nilai normal 4,0-5,5. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, berat badan sebelum sakit 47 kg, berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg.

Berdasarkan teori dan kasus nyata diatas terdapat kesesuaian dan ketidaksesuaian antara teori dan kasus nyata. Kesesuaiannya yaitu lemah dan mudah lelah, ranulositopenia dan leukositopenia menyebabkan lebih mudah terkena infeksi bakteri, trombotopenia menimbulkan perdarahan mukosa dan kulit, pucat, pusing, anoreksia, peningkatan tekanan sistolik, penurunan pengisian kapiler, dan ketidaksesuaiannya yaitu : takikardia, , sesak, demam, purpura, ptetecie, hepatosplenomegali, limfadenopati.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Sesuai dengan defenisi NANDA 2015-2017 diagnosa keperawatan pada kasus anemia antara lain : 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan O₂ ke otak ditandai dengan penurunan kesadaran, nyeri kepala, 2) Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi ditandai dengan dipsneu, takikardia, 3) PK Anemia, 4) PK Perdarahan, 5) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidak mampuan mencerna makanan /absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah ditandai dengan mual-muntah, anoreksia, penurunan BB $\geq 20\%$, 6) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (asam laktat) ditandai dengan px meringis, nyeri kepala, 7) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan. 8) Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin leucopenia, atau penurunan granulosit (respons inflamasi tertekan)

Masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny. M. N. L. yaitu: 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan asupan makanan kurang/inadekuat. 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen.

Sedangkan masalah, 1) ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi ditandai dengan dipsneu, takikardia, 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (asam laktat) ditandai dengan px meringis, nyeri kepala, 3) Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin leucopenia, atau penurunan granulosit (respons inflamasi tertekan) tidak ditemukan pada kasus Ny. M. N. L. karena saat dikaji dan pemeriksaan fisik Ny. M. N. L. pola napas efektif, tidak ada keluhan nyeri, dan jumlah lekosit normal.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan **NOC & NIC 2013 edisi kelima**, perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, menulis dan mendokumentasikan rencana keperawatan. Prioritas pertama di artikan bahwa masalah ini perlu mendapat perhatian, karena dapat mempengaruhi status kesehatan pasien secara umum dan memperlambat penyelesaian masalah yang lain. Pada kasus Ny. M. N. L. dengan anemia, tiga (3) masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas. Tujuan dari masalah keperawatan 1 yaitu di harapkan perfusi jaringan perifer meningkat selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Monitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfusi. 2) Monitor tetesan cairan infuse. 3) Hubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bag. 4) Edukasi pasien rencana pemberian transfuse darah. 5) Layani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. 6) Layani transfuse darah. 7) Monitor adanya reaksi transfuse darah. 8) Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. 9) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. 10) Kolaborasi pemberian terapi obat.

Tujuan dari masalah keperawatan 2 yaitu di harapkan kebutuhan nutrisi pasien meningkat selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Kaji adanya alergi makanan. 2) Kaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 3) hidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. 4) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 5) Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan rendah protein 6) Beri kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 7) Atur posisi setengah duduk. 8) Bantu dan temani pasien saat makan. 9) Monitor lingkungan selama 10) Evaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 11) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12) Monitor adanya penurunan

berat badan makan. 13) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit. 14) Monitor mual dan muntah. 15) Monitor kadar hemoglobin.

Tujuan dari masalah keperawatan 3 yaitu di harapkan pasien akan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 4) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 5) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 6) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 7) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan. 8) Bantu pasien dalam pemberian makan.

Menurut teori NOC & NIC (2013, edisi kelima), Rencana tindakan keperawatan, yang disusun berdasarkan prioritas masalah kesehatan yaitu masalah keperawatan utama ketidakefektifan perfusi jaringan perifer. Dengan demikian sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yang dialami oleh pasien yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer. Dengan demikian sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yang dialami oleh Ny. M. N. L. yaitu: Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nursalam, 2011).

Pada hari senin, tanggal 15 Juli 2019 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas pada Ny. M. N. L.. dengan diagnosa medis Anemia yaitu :

Diagnosa keperawatan 1 : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. **Implementasi :** Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfusi. Jam 08.10, Memonitor tetesan cairan infuse menjadi 4 tetes permenit. Jam 08.30, Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bag. Jam 09.00, Memberikan edukasi kepada pasien tentang rencana pemberian transfuse darah. Jam 09.10, Melayani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. Jam 10.00, Melayani transfuse darah. Jam 10.10, Monitor adanya reaksi transfuse darah. Jam 10.20, Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. Jam 10.25, Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. Jam 10.30, Memberikan terapi injeksi furosemid 20 mg/iv.

Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan. **Implementasi :** Jam 10.45 Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. Jam 10.50, Mengkaji adanya alergi makanan. Jam 11.30 Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. Jam 11.35, Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. Jam 11.45, Menganjurkan pasien konsumsi makanan rendah protein. Jam 11.55, Mengatur posisi setengah duduk. Jam 12.00, Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 12.05, Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12.10, Memonitor adanya penurunan berat badan. 12.15, Memonitor , mual & muntah, kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit 12.20, Memonitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood cell).

Diagnosa keperawatan 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen. **Implementasi :** Jam 12.30, Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 12.35, Membantu pasien dalam pemberian makan. Jam 12.40, Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 12.45, Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga

kesehatan. Jam 12.50, Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 12.55, Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.

Menurut Price, S. A. (2006), Pelaksanaan keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Hal ini sesuai dengan tindakan keperawatan pada Ny. M. N. L. dimana dalam pelaksanaan keperawatan semua intervensi yang sudah ditetapkan dilaksanakan berdasarkan prioritas masalah keperawatan utama yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam, (2011), evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas. Evaluasi yang diharapkan sebagian sesuai teori dan sebagian tidak sesuai dengan teori. Yang sesuai dengan teori antara lain perfusi jaringan perifer sebagian efektif dan toleransi terhadap aktivitas terpenuhi sebagian. Sedangkan yang tidak sesuai dengan teori yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dimana tanda dan gejala tidak berubah selama dalam perawatan.

Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 15-17 Juli 2019, pasien merasa 8,5 gr/dl. Hal ini disebabkan karena penurunan suplay oksigen dalam darah yang belum tuntas penanganannya.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

1. Pengkajian pada kasus yang dialami Ny. M. N. L. dengan Anemia yaitu badan lemah, pusing, tidak ada napsu makan, mual dan muntah, tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, kuku tangan dan kuku kaki pucat, CRT > 3 detik.
2. Diagnosa keperawatan, yang ditegakkan pada Ny. M. N. L. dengan Anemia yaitu: 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang. 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan asupan makanan kurang/inadekuat. 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay oksigen dan kebutuhan akan oksigen.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan benar-benar efektif, sesuai dengan masalah yang dialami Ny. M. N. L. dan semua intervensi diimplementasikan dengan tujuan untuk menentukan, mengukur dan mengobservasi sejauh mana tindakan keperawatan itu dapat bermanfaat dan demi kepentingan proses penyembuhan Ny. M. N. L.
4. Hasil evaluasi yang diharapkan sebagian sesuai teori dan sebagian tidak sesuai dengan teori. Yang sesuai dengan teori antara lain perfusi jaringan perifer sebagian efektif dan toleransi terhadap aktivitas terpenuhi sebagian. Sedangkan yang tidak sesuai dengan teori yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dimana tanda dan gejala tidak berubah selama dalam perawatan..

4.2 Saran

Pada pasien dengan Anemia adalah keadaan saat jumlah sel darah merah atau jumlah hemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam sel darah merah berada dibawah normal. Sel darah merah mengandung hemoglobin yang

memungkinkan mereka mengangkut oksigen dari paru-paru dan mengantarkannya ke seluruh bagian tubuh.

Perawat perlu berhati-hati dan berhati-hati dalam pemberian perawatan sebab kemungkinan menyebabkan gangguan perfusi jaringan perifer dan kelemahan, sehingga menghambat semua aktivitas pasien sehari-hari. Oleh sebab itu penulis menyarankan kepada:

1. Untuk Institusi Rumah Sakit

Agar dapat menjadi sebuah panduan dalam melakukan tindakan keperawatan khususnya bagi perawat ruangan internal dalam menangani masalah yang sama seperti yang dialami oleh Ny. M. N. L. yaitu Anemia.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Agar pada waktu yang akan datang perlu dilakukan penyegaran kepada mahasiswa. Dan agar perpustakaan pada sore hari tetap dipertahankan untuk menambah literature bagi mahasiswa pada sore hari.

3. Untuk Mahasiswa

Agar laporan studi kasus ini dapat dijadikan suatu masukan didalam menjalankan asuhan keperawatan pasien dengan anemia dan mampu menerapkan secara komprehensif dalam menangani pasien yang cukup kompleks.

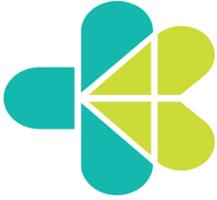
DAFTAR PUSTAKA

- Bakta, I. M. 2003. *Hematologi Klinik Dasar*. Jakarta:EGC
- Doenges, M. E. 1999. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- J. C. E. UNDERWOOD, 2009. *Patologik Umum dan Sistemik, Edisi 2. Editor Edisi Bahasa Indonesia : Prof. Dr. Sarjadi, dr. Sp.PA.*
- Mansjoer, A. 2005. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Nelson. 2009. *Ilmu Kedokteran penyakit patolgi Anak vol.2*.Jakarta: EGC.
- Price, S.A, 2006. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC
- Price & Wilson. 2009. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Edisi 6*. Penerbit Buku Kedokteran:EGC.
- Shahidi, NT. 2008. “*Acquired Aplastic Anemia: Classification and Etiologic Consideration in Aplastic Anemia and Other Bone Marrow Failure Syndrome*”. *New York Springer Verlag* 2008: 25-37.
- Smeltzer, S. C. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth vol.2*. Jakarta: EGC.
- Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI. 2005. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Tierney, L. 2003. *Diagnosis dan Terapi Kedokteran (penyakit dalam)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wong, D. L. 2003. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*.Jakarta: EGC.

LAMPIRAN-LAMPIRAN:

1. Pengkajian Asuhan Keperawatan
2. Lembar Konsultasi

Lampiran 1



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Angelita Madeira
NIM : PO. 5303201181164

A. Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Ny. M. N. L.
Ruang/Kamar : Cempaka
Diagnosa Medis : Anemia
No. Medical Record : 51 – 60 - 97
Tanggal Pengkajian : 15 – 07 - 2019 Jam : 08.30
Masuk Rumah Sakit : 13 – 07 - 2019 Jam : 16.00

Identitas Pasien

Nama Pasien : Ny. M. N. L. Jenis Kelamin : Perempuan
Umur/Tanggal Lahir : 94 Tahun/19 - 03 - 1925 Status Perkawinan : Kawin
Agama : Protestan Suku Bangsa : Flores
Pendidikan Terakhir : SD Pekerjaan : Swasta
Alamat : Kelurahan Sikumana

Identitas Penanggung

Nama : Ny. A. P. Pekerjaan : PRT

Jenis Kelamin : Laki-laki Hubungan dengan klien : Anak kandung
Alamat : Kelurahan Sikumana

6. Riwayat Kesehatan

- f. Keluhan utama
Pusing dan badan lemah
- g. Riwayat kesehatan sebelum sakit
Pasien mengatakan sebelum sakit tidak merasakan keluhan seperti ini, bisa melakukan pekerjaan yang ringan dengan baik.
- h. Riwayat penyakit sekarang
Keluhan saat dikaji : pasien mengatakan badan lemah, pusing, tidak ada nafsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah, tidak bisa melakukan pekerjaan sehari-hari karena lemas.
- i. Riwayat penyakit sebelumnya
Keluhan saat dikaji : pasien mengatakan tidak pernah mengalami sakit seperti maupun penyakit lain. Pasien juga mengatakan tidak mempunyai riwayat operasi dan riwayat alergi.
- j. Riwayat kesehatan keluarga
Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti ini, maupun penyakit yang lainnya. Saat ditanya tentang riwayat keluarganya pasien mengatakan lupa.

1. Kebiasaan

- Merokok
 - tidak : pasien mengatakan ia tidak merokok
- Minumalkohol
 - Tidak : pasien tidak meminum alkohol
- Minum kopi :
 - Tidak : pasien tidak minum kopi
- Minum obat-obatan
 - Tidak : pasien tidak minum sembarang obat.

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 120/80 mmHg - Nadi : 70x/ m
- Pernapasan : 20x/m - Suhu: 36,5 °C

2. Kepala dan leher

- Kepala : simetris
 - Sakit kepala : ya, dan pusing
 - Bentuk, ukuran dan posisi :

normal abnormal, jelaskan :

- Lesi : ada, tidak ada
- Masa : ada, tidak ada
- Observasi Wajah : simetris asimetri,
- Penglihatan :
 - Konjungtiva : pucat
 - Sklera : putih
 - Pakai kaca mata : tidak
 - Penglihatan kabur : tidak
 - Nyeri : tidak ada
 - Peradangan : tidak ada
 - Operasi : tidak pernah
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran: tidak ada
 - Nyeri : Ya tidak
 - Peradangan : Ya tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya tidak
 - Riwayat Polip : Ya, tidak
 - Sinusitis : Ya, tidak
 - Epistaksis : Ya, tidak
- Tenggorok dan mulut
 - Keadaan gigi : kotor
 - Caries : Ya, tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, tidak
 - Gangguan bicara : Ya, tidak
 - Gangguan menelan : Ya, tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : tidak
- Inspeksi :
 - Kesadaran/GCS : compos mentis = E 4, V= 5, M- 6 = 15
 - Bentuk dada : abnormal , normal
 - Bibir : sianosis normal pucat dan kering
 - Kuku : sianosis normal pucat
 - Capillary Refill : Abnormal normal > 3det
 - Tangan : Edema normal
 - Kaki : Edema normal
 - Sendi : Edema normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidak teraba
- Vena jugularis : Teraba tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung: tidak ada
- Auskultasi : BJ I : Abnormal normal
BJ II : Abnormal normal

Murmur :tidak ada suara napas tambahan

4. Sistem Respirasi

- Keluhan: tidak ada
- Inspeksi :
 - Jejas : Ya, tidak
 - Bentuk Dada : Abnormal, Normal
 - Jenis Pernapasan : Abnormal, normal
 - Irama Napas : teratur tidak teratur
 - Retraksi otot pernapasan:Ya tidak
 - Penggunaan alat bantu pernapasan :Ya, tidak
- Perkusi: Cairan : Ya tidak
- Udara : Ya tidak
- Massa : Ya tidak
- Auskultasi :
 - Inspirasi : Normal Abnormal
 - Ekspirasi : Normal Abnormal
 - Ronchi : Ya tidak
 - Wheezing : Ya tidak
 - Krepitasi : Ya tidak
 - Rales : Ya tidak
 - Clubbing Finger : Normal Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : klien mengatakan mual dan muntah
- b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : Abnormal, Normal
 - Keadaan bibir : lembab kering dan pucat
 - Keadaan rongga mulut
Warna Mukosa : pucat kering
 - Luka/ perdarahan : Ya, tidak
 - Tanda-tanda radang : Ya, tidak
 - Keadaan gusi : Abnormal, normal
 - Keadaan abdomen
Warna kulit : agak kehitaman
 - Luka : Ya, tidak
 - Pembesaran : normal
 - Keadaan rektal
Luka : Ya, tidak
 - Perdarahan : Ya, tidak
 - Hemmoroid : Ya, tidak
 - Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, tidak
- c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 12 kali/menit

- d. Perkusi: Cairan : Abnormal, normal
Udara : Abnormal, (kembang) normal
Massa : Abnormal, normal
- e. Palpasi :
Tonus otot : Abnormal, normal
Nyeri : Abnormal, normal
Massa : Abnormal normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : sakit kepala dan Pusing
b. Tingkat kesadaran : compos mentis, GCS (E/M/V): E : 4 M : 5 V : 6 = 15
c. Pupil : Isokor anisokor
d. Kejang : Abnormal, normal
e. Jenis kelumpuhan : Ya, tidak
f. Parasthesia : Ya, tidak
g. Koordinasigerak : Abnormal, normal
h. Cranial Nerves : Abnormal, normal
i. Reflexes : Abnormal, normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri
b. Kelainan ekstremitas : ada, tidak ada
c. Nyeri otot : ada tidak
d. Nyeri sendi : ada tidak ada
e. Refleksi sendi : abnormal, normal
f. Kekuatan otot : Atropi hiperthropi normal

5 | 5

4 3

8. Sistem Integument

- a. Rash : ada, tidak ada
b. Lesi : ada, tidak ada
c. Turgor : tidak elastis Warna : agak kehitaman
d. Kelembaban : Abnormal (kering dan keriput) normal
e. Petechie : ada, Tidak ada
f. Lain lain : tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : kencing menetes ir intinensia reter
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) a tidak
- c. Kandung kencing : membesar tidak
nyeri tekan iya tidak

- d. Produksi urine : baik
- e. Intake cairan : oral :100 cc/hr parenteral :500 cc/24 jam
- f. Bentuk alat kelamin : Normal tidak normal,
- g. Uretra : Normal Hipospadia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada
10. Sistem Endokrin
- a. Keluhan : tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : tidak ada
- c. Lain – lain : tidak ada
11. Sistem Reproduksi
- a. Keluhan : tidak ada
- b. Wanita : Siklus menstruasi : -
- Keadaan payudara : Abnormal, normal
 - Riwayat Persalinan:-
 - Abortus:-
 - Pengeluaran pervagina: Abnormal, normal
 - Lain-lain:-
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
- d. Lain-lain:tidak ada
12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)
- A. Nutrisi
1. Kebiasaan :
 - Polamakan : baik dan teratur
 - Frekuensi makan : 3x sehari
 - Nafsu makan : sebelum sakit baik, sesudah sakit nafsu makan menurun
 - Makanan pantangan : telur, labu siam, patola.
 - Makanan yang disukai : semua makanan selain, telur.
 - Banyaknya minuman dalam sehari : 1 ceret, kurang lebih 8 gelas (1600cc)
 - Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Alkohol dan telur
 - Sebelum sakit BB : 47 kg TB :145 cm, Lila : 19 cm
 - Penurunan BB : 8 kg, dalam waktu 6 bulan
 2. Perubahan selama sakit : berat badan saat ini (sakit) 39 kg
- B. Eliminasi
1. Buang air kecil (BAK)
 - a. Kebiasaan
 - Frekuensi dalam sehari :3 – 5 kali
 - Bau : khas
 - b. Perubahan selama sakit : tidak ada
 2. Buang air besar (BAB)
 - a. Kebiasaan : saat kaji 1-2 x sehari
 - Warna : kuning
 - Konsistensi : lembek
 - b. Perubahan selama sakit : 3 hari belum BAB
 - c. Olah raga dan aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : pasien mengatakan jarang berolah raga
 - Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak
- C. Istirahat dan tidur
- Tidur malam jam : 09.00 malam
Bangun jam : 05.00 pagi
 - Tidur siang jam : 11.00
Bangun jam : 12.00
 - Apakah mudah terbangun : sering terbangun
 - Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : istri
2. Organisasi sosial yang diikuti : kegiatan gereja
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik
Status rumah : milik sendiri
Cukup/ tidak : cukup
Bising/ tidak : tidak
Banjir / tidak : tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya (istri dan anak)
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dengan berdiskusi mencari solusi dengan istri dan anak
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : Ya
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Ya

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : pasien dan keluarga masih belum menerima akan sakit yang diderita
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : klien ingin cepat sembuh dari sakitnya.
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik dalam berkomunikasi

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

Dilakukan pada tanggal 13 Juli 2019 antara lain :

- 3) HB 7,9 gr% (nilai normal 12-16 gr%)
- 4) Jumlah eritrosit 3,9 % (nilai normal 4,20-5,40%)

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen
 - a. Foto gigi dan mulut : tidak dilakukan pemeriksaan
 - b. Foto esophagus, lambung, dan usus halus : tidak dilakukan pemeriksaan
 - c. Cholescystogram : tidak dilakukan pemeriksaan
 - d. Foto colon : tidak dilakukan pemeriksaan
2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : tidak dilakukan pemeriksaan
 Biopsy : tidak dilakukan pemeriksaan
 Colonoscopy : tidak dilakukan pemeriksaan
 DII : tidak dilakukan pemeriksaan

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : tidak ada
- Obat – obatan : infus NACL 500/24 jam, omeprazol 2 x 40 mg oral, metocloptamia 3 x 10 mg, Ceflyaxon 2 gram dalam Ns 100 cc (selama 74 jam) dan vitamin K 1 x 10 mg, transfuse darah (PRC).

B. Analisa Data

NO.	DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p>Data subjektif : Pasien mengatakan badan lemah dan pusing.</p> <p>Data Obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak keadaan umum lemah, 2. Konjungtiva anemis 3. Bibir pucat dan kering 4. Kuku tangan dan kuku kaki pucat, 5. CRT > 3 detik. 6. Tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg, N: 70 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36,5 °C 7. HB 7,9 gr% (nilai normal 13-18 gr%) 	Penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang.	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
2	<p>Data subyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit. 2. Berat badan sebelum sakit 47 kg, <p>Data obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, 2. Porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, 3. berat badan saat ini 45 kg, tinggi badan 160 cm, IMT : 17,5 status gizi kurang 4. Pasien tampak kurus 5. Turgor kulit kurang elastis, dan keriput 	Asupan makanan kurang.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
3	<p>Data subyektif : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari.</p> <p>Data obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3 	Tirah baring.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring

C. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

4. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang.
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan asupan makanan kurang.
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

D. Intervensi Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC, 2013, Edisi Kelima

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dan darah, suplay oksigen berkurang.	<p>Goal : Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan perifer yang efektif selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan perifer pasien efektif.</p> <p>NOC : Domain 2 : kesehatan fisiologis, Kelas E : jantung paru, Kode 0407 : perfusi jaringan perifer yaitu kecukupan aliran darah melalui pembuluh kecil di ujung kaki dan tangan, untuk mempertahankan fungsi jaringan, meningkat dari 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) menjadi 4 (deviasi ringan dari kisaran normal).</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan : tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan, tidak ada ortostatikhipertensi, tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg). 2. mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang 	<p>NIC :</p> <p>Domain 2 : fisiologis kompleks,</p> <p>Kelas N : manajemen perfusi jaringan,</p> <p>Kode 4030 : pemberian produk-produk darah, yaitu pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien.</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse). 2) Monitor tetesan cairan infuse. 3) Rapikan tempat tidur pasien. 4) Hubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. 5) Edukasi pasien rencana pemberian transfuse darah. 6) Layani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. 7) Layani transfuse darah. 8) Monitor adanya reaksi transfuse darah.

		<p>ditandai dengan: berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan, menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi, memproses informasi, membuat keputusan dengan benar.</p> <p>3. menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan gerakan involunter</p>	<p>5) Monitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse.</p> <p>6) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan.</p> <p>7) Kolaborasi pemberian terapi obat.</p>
2	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan makan.</p>	<p>Goal : pasien akan meningkatkan keseimbangan dan kebutuhan nutrisi selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi.</p> <p>NOC :</p> <p>Domain 2 : kesehatan fisiologis.</p> <p>Kelas K : pencernaan & nutrisi.</p> <p>Kode 1008 : Status nutrisi : asupan makanan & cairan , yaitu : jumlah makanan dan cairan yang masuk kedalam tubuh lebih dari suatu periode 24 jam, meningkat dari 2 (sedikit adekuat) menjadi 4 (sebagian besar adekuat).</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan, 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi, 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan, 6. Tidak terjadi penurunan berat 	<p>NIC :</p> <p>Domain 1 : fisiologis dasar.</p> <p>Kelas D : dukungan nutrisi.</p> <p>Kode 1100 : Manajemen Nutrisi, yaitu menyediakan dan meningkatkan intake nutrisi yang seimbang. Kode 1260 : manajemen berat badan.</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji adanya alergi makanan. 2) Kaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 3) Hidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. 4) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 5) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C. 6) Beri kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 7) Atur posisi setengah duduk. 8) Bantu dan temani pasien

		<p>badan yang berarti</p>	<p>saat makan.</p> <p>9) Monitor lingkungan selama</p> <p>10) Evaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien.</p> <p>11) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.</p> <p>12) Monitor adanya penurunan berat badan.</p> <p>13) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit.</p> <p>14) Monitor mual dan muntah.</p> <p>15) Monitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count).</p>
3	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas.</p>	<p>Goal : Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien meningkat dalam beraktivitas.</p> <p>Domain 1 : fungsi kesehatan.</p> <p>Kelas A : pemeliharaan kesehatan.</p> <p>Kode 0005 : toleransi terhadap aktivitas, yaitu : respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energy dalam aktivitas sehari-hari, meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu).</p> <p>Indikator/Outcome :</p> <p>000501 : saturasi oksigen ketika beraktivitas,</p> <p>000502 : frekuensi nadi ketika beraktivitas,</p> <p>000503 : frekuensi pernapasan ketika beraktivitas,</p> <p>000508 : kemudahan bernapas ketika beraktivitas,</p> <p>000504 : tekanan darah sistolik ketika beraktivitas,</p>	<p>NIC :</p> <p>Domain 1 : fisiologis dasar.</p> <p>Kelas L : manajemen aktivitas dan latihan.</p> <p>Kode 3550 : manajemen energi, yaitu pengaturan energi yang digunakan untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi.</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <p>1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan.</p> <p>2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami.</p> <p>3) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat.</p> <p>4) Tentukan jenis dan</p>

		<p>000505 : tekanan darah diastolik ketika beraktivitas, 000517 : kekuatan tubuh bagian bawah.</p>	<p>banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan.</p> <p>5) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat.</p> <p>6) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.</p> <p>7) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.</p> <p>8) Bantu pasien dalam pemberian makan.</p>
--	--	---	--

**E. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAP
HARI PERTAMA (1)**

NO. DX. KEP.	HARI/ TGL/ JAM	PELAKSANANAAN KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN (SOAPIE)
1	Senin, 15 Juli 2019 08.00 08.10 08.15 08.25 08.30 09.00 09.15 09.25 09.30 09.35 09.40	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse. 2. Memonitor tetesan cairan infuse. 3. Merapikan tempat tidur pasien. 4. Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. 5. Mengedukasi pasien rencana pemberian transfuse darah. 6. Melayani cairan infuse NaCl 0,9% sebelum transfuse darah. 7. Melayani transfuse darah. 8. Memonitor adanya reaksi transfuse darah. 9. Memonitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. 10. Menginstruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. 	<p>Jam 13.00</p> <p>S : Pasien mengatakan badan lemah dan pusing.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak keadaan umum lemah, 2. Konjungtiva anemis 3. Bibir pucat dan kering 4. Kuku tangan dan kuku kaki pucat, 5. CRT > 3 detik. 6. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C 7. HB 7,9gr% (nilai normal 13-18 gr%) <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-11 dilanjutkan</p>

		11. Mengkolaborasi pemberian terapi obat.	
2	09.45 09.50 09.55 11.15 11.20 11.25 11.30 11.35 11.45 12.00 12.05 12.10 12.15 12.20	1. Mengkaji adanya alergi makanan. 2. Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 3. Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. 4. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 5. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C. 6. Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 7. Mengatur posisi setengah duduk. 8. Membantu dan menemani pasien saat makan. 9. Memonitor lingkungan selama 10. Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 11. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. Monitor adanya penurunan berat badan. 12. Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit. 13. Memonitor mual dan muntah. 14. Memonitor kadar hemoglobin	Jam 13.15 S : 1. Pasien mengatakan tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. 2. Berat badan sebelum sakit 47 kg, Data obyektif : 1. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, 2. Porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, 3. Berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. 4. Pasien tampak kurus 5. Turgor kulit kurang elastis, dan keriput A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-14 dilanjutkan
3	10.00 10.05	1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2. Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami.	Jam 13.30 S : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. O : 1. Pasien tampak lemah 2. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3

	10.10	3. Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat.	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan
	10.15	4. Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan.	
	10.20	5. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat.	
	10.25	6. Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.	
	10.35	7. Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.	
	10.40	8. Membantu pasien dalam pemberian makan.	

F. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE
Hari Kedua (2)

NO. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	Selasa, 16 Juli 2019 07.30	S : Pasien mengatakan badan lemah dan pusing. O : 1. Tampak keadaan umum lemah, 2. Konjungtiva anemis 3. Bibir pucat dan kering 4. Kuku tangan dan kuku kaki pucat, 5. CRT > 3 detik. 6. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C 7. HB 7,9 gr% (nilai normal 13-18 gr%) A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-11 dilanjutkan I : 1. Memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfuse. 2. Memonitor tetesan cairan infuse. 3. Merapikan tempat tidur pasien. 4. Menghubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 2 bak. 5. Mengedukasi pasien rencana pemberian transfuse darah.
	08.00	
	08.10	
	08.15	
	08.25	
	08.30	

	<p>09.00 09.15 09.25 09.30 09.35 09.40 13.00</p>	<p>6. Melayani cairan infuse Nacl 0,9% sebelum transfuse darah. 7. Melayani transfuse darah. 8. Memonitor adanya reaksi transfuse darah. 9. Memonitor dan atur jumlah aliran darah selama transfuse. 10. Menginstruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. 11. Mengkolaborasi pemberian terapi obat.</p> <p>E :</p> <p>1. Pasien mengatakan badan masih lemah dan pusing. 2. Tampak keadaan umum lemah 3. Konjungtiva anemis 4. Bibir pucat dan kering 5. Kuku tangan dan kuku kaki pucat, 6. CRT > 3 detik. 7. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C 8. HB 6,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%) 9. RBC (red blood count)/sel darah merah : 3,03 % (nilai normal 4,0-5,5 %).</p>
2	<p>Selasa, 16 Juli 2019</p> <p>09.45 09.50 09.55 11.15 11.20 11.25 11.30</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. 2. Berat badan sebelum sakit 47 kg</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, 2. Porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, 3. Berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. 4. Pasien tampak kurus 5. Turgor kulit kurang elastis, dan keriput</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-14 dilanjutkan</p> <p>I :</p> <p>1. Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 2. Menghidangkan makan pagi yang hangat di piring yang bersih dengan rapi. 3. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 4. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C. 5. Memberi kesempatan pasien kumur-kumur sebelum makan. 6. Mengatur posisi setengah duduk. 7. Membantu dan menemani pasien saat makan.</p>

	<p>11.35</p> <p>11.45</p> <p>12.00</p> <p>12.05</p> <p>12.10</p> <p>12.15</p> <p>12.20</p> <p>13.15</p>	<p>8. Memonitor lingkungan selama</p> <p>9. Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien.</p> <p>10. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. Monitor adanya penurunan berat badan.</p> <p>11. Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit.</p> <p>12. Memonitor mual dan muntah.</p> <p>13. Memonitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count).</p> <p>E :</p> <p>1. Pasien mengatakan tidak ada napsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah.</p> <p>2. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput,</p> <p>3. Porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan,</p> <p>4. Berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg.</p> <p>5. Pasien tampak kurus</p> <p>6. Turgor kulit kurang elastis, dan keriput</p>
3	<p>Selasa, 16 Juli 2019</p> <p>10.00</p> <p>10.05</p> <p>10.10</p> <p>10.15</p> <p>10.20</p> <p>10.25</p> <p>10.35</p> <p>10.40</p> <p>13.30</p>	<p>S : Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari.</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien tampak lemah</p> <p>2. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan</p> <p>I :</p> <p>1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan.</p> <p>2. Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami.</p> <p>3. Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat.</p> <p>4. Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan.</p> <p>5. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat.</p> <p>6. Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.</p> <p>7. Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.</p> <p>8. Membantu pasien dalam pemberian makan.</p> <p>E :</p> <p>1. Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari.</p> <p>2. Pasien tampak lemah</p>

		3. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3
--	--	---

G. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE

Hari Ketiga (3)

NO. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	Rabu, 17 Juli 2019 07.30	<p>S : Pasien mengatakan badan lemah dan pusing.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak keadaan umum lemah, 2. Konjungtiva anemis 3. Bibir pucat dan kering 4. Kuku tangan dan kuku kaki pucat, 5. CRT <3 detik. 6. Tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 87 kali/menit, RR: 20 kali/menit dan S: 36 °C 7. HB 8,5 gr% (nilai normal 13-18 gr%) <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan perawat ruangan</p>
2	Rabu, 17 Juli 2019 08.00	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, makan hanya sedikit, mual dan muntah. 2. Berat badan sebelum sakit 47 kg <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, 2. Porsi yang disajikan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 2 atau 3 sendok makan, 3. Berat badan saat ini 39 kg, tinggi badan 145 cm, IMT : 18,5, BBI (berat badan ideal) : 41,5 kg. 4. Pasien tampak kurus 5. Turgor kulit kurang elastis, dan keriput <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan perawat ruangan</p>
3	Rabu, 17 Juli 2019 08.30	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien tampak lemah 4. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, skala aktivitas 3

		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan perawat ruangan
--	--	--



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp : (0380)88002
Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Angelita Madeira
NIM : PO. 5303201181164
NAMA PEMBIMBING : Era Dorihi Kale, Ns, M. Kep., Sp. Kep.
MB
NIP : 19771021199903 2 001

NO.	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBI NG
1.	Jumat 12 Juli 2019	Konsultasi Persiapan UAP	Arahan Pembimbing: Supaya hasil laporan Judul Kasus yang sudah ada untuk disetujui	
2	Senin 15 Juli 2019	Konsultasi Judul	Arahan Pembimbing: 1. Supaya hasil studi kasus segera dikerjakan	
3.	Kamis 18 Juli 2019	Konsultasi cover sampai dengan kata pengantar, Revisi BAB 1 & 2, Konsul tasi awal BAB 3 dan 4	1. BAB 1 dan 2 : Perhatikan lagi penulisan kata, tanda baca yang benar 2. Cover-Kata pengantar	
4.	Jumat 19 Juli 2019	Konsultasi Revisi cover sampai dengan kata pengantar, Revisi BAB 1 & 2, Revisi BAB 3 dan 4, Konsultasi awal Abstrak	1. Cover, lembaran persetujuan, pengesahan, keaslian tulisan, biodata penulis, kata pengantar 2. BAB 1 & 2 direvisi lagi 3. BAB 3 & 4 direvisi: Dibaca dan diperhatiakn lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. 4. Abstrak diperbaiki	

5.	Sabtu, 20 Juli 2019	Revisi BAB 1, 2, 3 dan 4, Revisi Abstrak	<ol style="list-style-type: none"> 1. BAB 3 & 4 direvisi: Perhatikan lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. Pada bagian penutup diringkas sesuai dengan proses keperawatan yang benar. 2. Abstrak diperbaiki: Latar belakang, tujuan, hasil, kesimpulan dan saran, kata kunci. 3. Persiapan Ujian Sidang KTI, hari Senin Tanggal 22 Juli 2019 	
6.	Senin, 22 Juli 2019	Ujian Sidang Karya Tulis Ilmiah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil Ujian dari Dewan Penguji : Lulus dengan Revisi/perbaikan 	
7.	Selasa, 23 Juli 2019	Konsultasi Revisi Keseluruhan Karya Tulis Ilmiah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cover s/d Daftar isi 2. BAB 1, 2, 3 & 4 direvisi: Dibaca dan diperhatiakn lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. 3. Abstrak diperbaiki 	
8.	Selasa, 30 Juli 2019	Konsultasi Revisi Keseluruhan Karya Tulis Ilmiah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cover, lembaran persetujuan, pengesahan, keaslian tulisan, biodata penulis, kata pengantar 2. BAB 1, 2, 3 & 4 direvisi: Dibaca dan diperhatiakn lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. Abstrak diperbaiki 	
9.	Rabu, 31 Juli 2019	Konsultasi Revisi Keseluruhan Karya Tulis Ilmiah	ACC Karya Tulis Ilmiah	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp : (0380)88002
Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Angelita Madeira
NIM : PO. 5303201181164
NAMA PEMBIMBING : Maria Sambriang, SST, MPH
NIP : 19680831198903 2 001

NO.	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Senin, 22 Juli 2019	Ujian Sidang Karya Tulis Ilmiah	Hasil Ujian dari Dewan Penguji : Lulus dengan Revisi/perbaiki	
2.	Selasa, 30 Juli 2019	Konsultasi Revisi Keseluruhan Karya Tulis Ilmiah	1. Cover s/d Daftar isi 2. BAB 1, 2, 3 & 4 direvisi: Dibaca dan diperhatiakn lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. 3. Abstrak diperbaiki	
3.	Rabu, 31 Juli 2019	Konsultasi Revisi Keseluruhan Karya Tulis Ilmiah	ACC Karya Tulis Ilmiah	