

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Nn.R.E DENGAN
DIAGNOSA MEDIS ANEMIA DI RUANG PENYAKIT DALAM
(RPD) I RSUD ENDE**



OLEH

THERESIA HILDA ANGGO JATA
NIM.PO530320219922

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE

2022

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Nn.R.E DENGAN
DIAGNOSA MEDIS ANEMIA DI RUANG PENYAKIT DALAM
(RPD) I RSUD ENDE**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi Keperawatan Ende



OLEH

THERESIA HILDA ANGGO JATA
NIM.PO530320219922

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE

2022

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Nn.R.E DENGAN
MASALAH UTAMA ANEMIA DI RUANG PENYAKIT DALAM (RPD) I
RSUD ENDE**

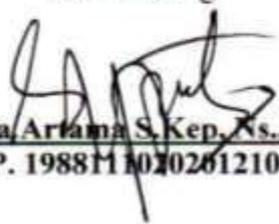
OLEH :

THERESIA HILDA ANGGO JATA
NIM. PO530320219922

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing untuk Diujikan

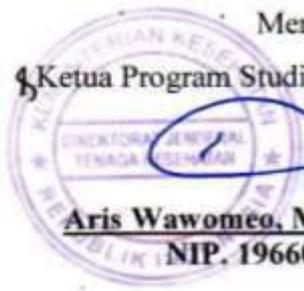
Ende, Agustus 2022

Pembimbing


Syaputra Artama S. Kep. Ns., M. Kep
NIP. 19881101026121002

Mengetahui


Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende


Aris Wawomeo, M., Kep., Sp., Kep., Kom
NIP. 19660114 19910210

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

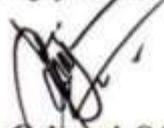
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Nn.RE DENGAN
MASALAH UTAMA ANEMIA DI RUANG PENYAKIT DALAM (RPD) I
RSUD ENDE**

OLEH :

THERESIA HILDA ANGGO JATA
NIM. PO530320219922

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan
Pada Tanggal Agustus 2022

Penguji Ketua



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,Msc
NIP. 197401132002122001

Penguji Anggota



Svaputra Artama, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198811102020121002

Mengetahui

**Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



Aris Wawomeo, S. Kp, M.Kep, Ns, Sp, Kep,Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Theresia Hilda Anggo Jata
NIM : PO. 530320219922
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NN.R.E
DENGAN MASALAH ANEMIA DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM (RPD) I RSUD ENDE

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, Agustus 2022

Yang Membuat Pernyataan



THERESIA HILDA ANGGO JATA
NIM PO. 530320219922

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas berkat yang telah dilimpahkan kepada penulis, maka Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Nn.R.E DENGAN MASALAH ANEMIA DI RUANGAN PENYAKIT DALAM I RSUD ENDE”** dapat terselesaikan dengan baik.

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program Studi Keperawatan Ende. Sebagai manusia yang lemah, penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan tersebut dapat dilalui. Oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terimakasih kepada :

1. Dr. Ragu Haming Kristina,SKM, M.Kes, Direktur Poltekes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Aris Wawomeo,M.kep, Ns, Sp.Kep.Kom, Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Program Studi DIII Keperawatan Ende.
3. Dr. Carolina M.Viany Sunty, Sp.PK, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende.

4. Syaputra Artama S.Kep, Ns,M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, serta memberikan masukan yang berguna bagi penulis.
5. Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc selaku Dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji Karya Tulis Ilmiah dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.
6. Nn.R.E dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Orangtua, Keluarga tercinta, Sahabat (Madam dan Squad A) dan teman-teman semua yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung dengan masukan yang sangat bermanfaat.
8. Kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu dalam membantu penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, Agustus 2022

Penulis

ABSTRAK

Asuhan keperawatan pada klien Nn.R.E dengan masalah utama anemia di Ruang Penyakit Dalam I RSUD Ende

Theresia Hilda Anggo Jata

Latar belakang Anemia merupakan salah satu penyakit dengan penyebab kecacatan kedua tertinggi di dunia sehingga menjadi masalah kesehatan masyarakat yang sangat serius, yang disebabkan oleh kurangnya zat besi dalam darah dan kondisi tubuh yang terinfeksi penyakit serta penyebab tidak langsungnya seperti rendahnya perhatian keluarga, tingginya aktivitas, dan kurang tepatnya pola distribusi makanan dalam keluarga, penyebab lain dari anemia seperti rendahnya pendidikan, rendahnya status sosial dan sulitnya lokasi geografis tempat tinggal dan memiliki dampak yang berbahaya seperti menurunnya daya tahan tubuh sehingga mudah terkena penyakit, menurunnya kemampuan dari konsentrasi belajar, rendahnya intelektualitas yang dapat menyebabkan dampak secara luas yaitu penurunan kualitas sumber daya manusia, pertumbuhan terganggu sehingga tinggi badan tidak mencapai optimal, menurunnya fisik olahraga, dan mudah lelah.

Tujuan dari studi kasus ini adalah penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Nn.R.E dengan masalah utama Anemia dan menganalisa kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Metode yang digunakan dalam studi kasus ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil studi kasus yang ditemukan pada klien dengan masalah keperawatan nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan klien mengatakan badan lemah, pusing, mual, nyeri ulu hati, kurang nafsu makan, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toileting, berpindah posisi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari hasil yang dicapai klien yaitu klien mengatakan nyeri sudah berkurang, pusing berkurang, mual berkurang, badan tidak lemah, klien sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti makan, minum, berpindah posisi, Hb: 10 g/dL.

Kesimpulan yang diperoleh dari studi kasus ini adalah masalah pada Nn.R.E teratasi sebagian. Saran untuk klien dan keluarga adalah agar selalu memperhatikan pola hidup yang sehat dan teratur untuk berobat dan mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Anemia

ABSTRACT

Nursing Care for Mrs.R.E With the main problem

Anemia in the Internal Medicine Room I

Theresia Hilda Anggo Jata

Background Anemia is one of the diseases with the second highest cause of disability in the world so that it becomes a very serious public health problem, which is caused by a lack of iron in the blood and the condition of the body being infected with the disease and its indirect causes such as low family attention, high activity, and the lack of precise food distribution patterns in the family, other causes of anemia such as low education, low social status and the difficulty of geographical location of residence and have harmful effects such as decreased body resistance so susceptible to disease, decreased ability to concentrate on learning, low intellectual ability. can cause a broad impact, namely a decrease in the quality of human resources, disrupted growth so that height does not reach optimal, decreased physical exercise, and easily tired.

The purpose of this case study is that the author can carry out nursing care for Nn.R.E clients with the main problem of Anemia and analyze the gap between theory and real cases.

The method used in this case study is a case study method with a Nursing Care approach which includes assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation of nursing.

The results of case studies found in clients with acute pain nursing problems, ineffective peripheral perfusion, nutritional deficits, activity intolerance, knowledge deficits, clients said they were weak, dizzy, nauseated, heartburn, lack of appetite, clients have not been able to carry out activities regularly. Independently such as dressing mandix, toileting, changing positions. After nursing actions for 3 days the results achieved by the client were the client said the pain had decreased, the dizziness was reduced, the nausea was reduced, the body was not weak, the client was able to do activities independently such as eating, drinking, changing positions, hb: 10 g/dL.

The conclusion drawn from this case study is that the problem in Nn.R.E was partially resolved. Suggestions for clients and families are to always pay attention to a healthy and regular lifestyle for treatment and comply with all the recommendations given by health workers.

Keywords: Nursing Care, Anemia

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
PERNYATAAN KEASLIAN TULIS.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan masalah.....	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat studi kasus.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Biomedis.....	7
B. Konsep Masalah Keperawatan.....	19
C. Konsep Asuhan Keperawatan.....	23
BAB III METODE PENELITIAN.....	37
A. Rancangan/Desain studi kasus.....	37
B. Subjek studi kasus.....	37
C. Batasan istilah.....	38
D. Lokasi dan waktu studi kasus.....	38
E. Metode/prosedur studi kasus.....	39
F. Teknik pengumpulan data.....	39
G. Instrumen pengumpulan data.....	40
H. Keabsahan data.....	40
I. Analisa data.....	41

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	42
A. Hasil.....	42
B. Pembahasan.....	71
BAB V PENUTUP.....	79
A. Kesimpulan.....	79
B. Saran.....	83
DAFTAR PUSTAKA.....	84
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Klasifikasi Anemia.....	8
Gambar 2.6 Pathway.....	14

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Batasan Istilah	38
Tabel 4.1 Pemeriksaan Penujang.....	48
Table 4.2 Terapi.....	50

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anemia merupakan salah satu penyakit dengan penyebab kecacatan kedua tertinggi di dunia sehingga anemia menjadi masalah kesehatan masyarakat yang sangat serius. Anemia dapat menyerang siapapun terutama pada remaja perempuan dibandingkan dengan remaja laki-laki. Hal tersebut dikarenakan disaat menstruasi remaja putri kehilangan zat besi (Fe). Remaja putri sering mengkonsumsi makanan nabati yang lebih banyak yang mengakibatkan asupan zat besi belum mencukupi kebutuhan zat besi harian. Remaja putri juga ingin selalu tampil langsing menjadikan remaja putri mudah terserang anemia. (Triwinarni, Hartini, & Susilo, 2017).

Menurut *World Health Organization* (2019), Prevalensi kejadian anemia terjadi pada 204 negara sejak tahun 1990-2019. Berdasarkan data penelitian yang dilakukan tahun 2020 didapatkan peningkatan total kasus anemia dari 1,42 miliar pada tahun 1990 menjadi 1,74 miliar di tahun 2019. Penelitian ini juga menunjukkan 3 wilayah penyumbang anemia tertinggi adalah Afrika Barat, Asia Selatan dan Afrika Tengah. Sementara untuk data hasil Riskesdas tahun 2018, prevalensi anemia di Indonesia yaitu 23,7% atau sama dengan 47.465 kasus. Proporsi anemia pada kelompok umur 15-24 tahun sebanyak 32,0 % (5671 kasus) dan pada kelompok umur 25-34 tahun sebanyak 15,1 % (6122 kasus) dan pada perempuan 27,2 % (23.616 kasus)

sedangkan pada laki-laki 20,3% (23.849 kasus) (Sampel Ruta Riskesdas 2018: Ruta Susenas 2018). Berdasarkan hasil yang telah ditemukan untuk penderita anemia kabupaten Ende, jumlah kasus tahun 2020 sebanyak 4.581 kasus dan berada pada peringkat ke -8 dalam 10 patron penyakit terbanyak dikabupaten Ende setelah ISPA, gastritis, reumatik, hipertensi, Pulpa dan jaringan palpikal, diare dan alergi kulit. (UPT data Infokes, Dinas Kesehatan Kab.Ende, 2020). Sedangkan dari data yang telah di dapatkan dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende, menyebutkan bahwa jumlah penderita anemia pada tahun 2020 sebanyak 306 orang. Tahun 2021 dari bulan Januari sampai dengan Desember sebanyak 231 orang. Tahun 2022 pada bulan Januari sebanyak 6 orang. Dihitung dari usia <1 tahun sampai >67 tahun, dan tidak ada pasien yang meninggal.

Data yang ditemukan diatas menunjukkan bahwa kejadian anemia masih tinggi yang terjadi di Indonesia khususnya di wilayah Kabupaten Ende. Anemia memiliki dampak yang sangat berbahaya untuk seseorang yaitu menurunnya daya tahan tubuh sehingga mudah terkena penyakit, menurunnya kemampuan dari konsentrasi belajar, rendahnya intelektualitas yang dapat menyebabkan dampak secara luas yaitu penurunan kualitas sumber daya manusia, pertumbuhan terganggu sehingga tinggi badan tidak mencapai optimal, menurunnya fisik olahraga, dan mudah lelah. (Narsih & Nova, 2020).

Dari beberapa data tentang dampak dari anemia diatas menunjukkan bahwa penyebab utama yang melatarbelakangi terjadinya anemia adalah kurangnya zat besi dalam darah dan kondisi tubuh yang terinfeksi penyakit. kurangnya zat besi

dalam tubuh disebabkan karena kurangnya asupan makanan yang mengandung zat besi. Kecacingan dan malaria merupakan penyakit infeksi yang dapat meningkatkan resiko anemia pada seseorang. Penyebab kedua adalah penyebab tidak langsung yaitu rendahnya perhatian keluarga, tingginya aktivitas, dan kurang tepatnya pola distribusi makanan dalam keluarga. Penyebab lain nya seperti rendahnya pendidikan, rendahnya status sosial dan sulitnya lokasi geografis tempat tinggal. (Simmamora, Kartasurya, & Pradigdo, 2018).

Oleh karenanya penting untuk selalu memperhatikan kesehatan terutama pengetahuan tentang penanganan anemia. Peran diri sendiri dan tenaga kesehatan menjadi hal yang sangat penting oleh karenanya peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dilakukan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan untuk merencanakan dan melaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dievaluasi tingkat perkembangannya, berdasarkan tingginya angka kejadian anemia dan besarnya dampak atau masalah yang ditimbulkan oleh anemia maka peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian anemia di Ruang Penyakit Dalam I RSUD Ende.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana kah asuhan keperawatan pada klien Nn.R.E dengan masalah utama anemia di Ruang Penyakit Dalam (RPD) I Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan masalah Anemia pada klien Nn.R.E di Ruang Penyakit Dalam (RPD) I di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan Pengkajian pada klien Nn.R.E dengan masalah utama Anemia di Ruang Penyakit Dalam (RPD) I di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.
- b. Mampu menegakkan Diagnosa keperawatan pada klien Nn.R.E dengan masalah utama Anemia di Ruang Penyakit Dalam (RPD) I di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.
- c. Mampu menyusun Perencanaan keperawatan pada klien Nn. R.E dengan masalah utama Anemia di Ruang Penyakit Dalam (RPD) I di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.

- d. Mampu melaksanakan Implementasi keperawatan pada klien Nn.R.E dengan masalah utama Anemia di Ruang Penyakit Dalam (RPD) I di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.
- e. Mampu melakukan Evaluasi keperawatan pada klien Nn.R.E dengan masalah utama Anemia di Ruang Penyakit Dalam (RPD) I di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.
- f. Mampu menganalisis kesenjangan yang terjadi antara teori dan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada klien Nn.R.E dengan diagnosa medis Anemia di Ruang Penyakit Dalam (RPD) I di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Penulis

Menambah pengetahuan yang berguna dalam rangka menambah wawasan keilmuan melalui studi kasus di lapangan.

2. Bagi Rumah sakit

Sebagai bahan tambahan informasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya kasus anemia

3. Bagi pasien dan keluarga

Menambah pengetahuan dan pemahaman penulis sehingga dapat meningkatkan kemampuan dalam pelaksanaan keperawatan penderita anemia.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai literatur yang dapat digunakan bagi peneliti yang akan datang dengan perencanaan yang dapat dikembangkan sesuai dengan perkembangan ilmu keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Biomedis Penyakit Anemia

1. Pengertian Anemia

Anemia adalah kondisi dimana seseorang tidak memiliki cukup sel darah merah yang sehat untuk membawa oksigen yang cukup ke jaringan tubuh. Anemia adalah suatu kondisi dimana konsentrasi hemoglobin lebih rendah dari biasanya. Akibatnya, jumlah oksigen yang dikirim ke jaringan tubuh juga berkurang (Jitowiyono. S, 2018).

Anemia adalah suatu keadaan adanya penurunan kadar hemoglobin hematokrit dan jumlah eritrosit dibawah nilai normal. Pada penderita anemia, lebih sering disebut kurang darah. Kadar sel darah merah (hemoglobin atau Hb) dibawah nilai normal. (Mitah, S.A, 2019).

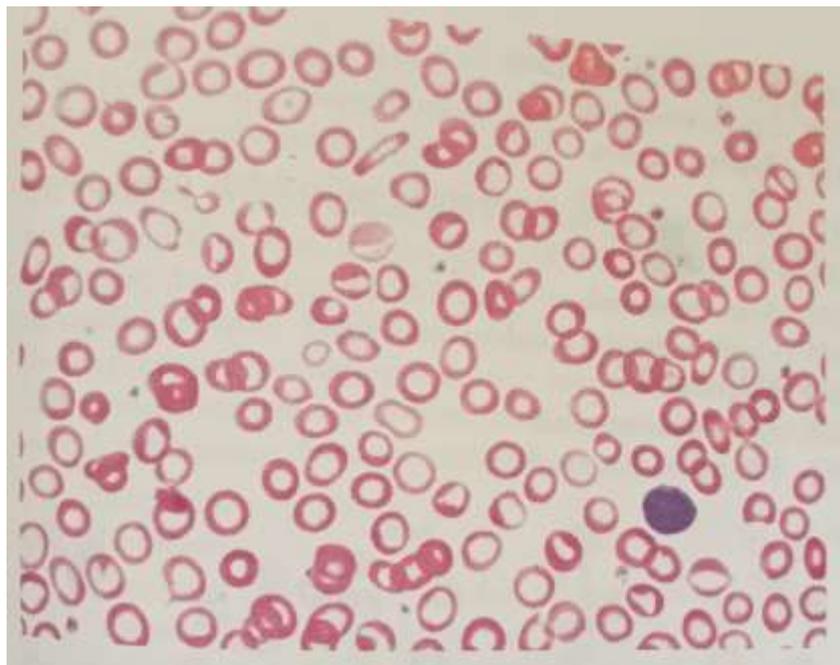
Menurut Kemenkes (2019), anemia adalah suatu keadaan tubuh dimana kadar hemoglobin dalam darah kurang dari jumlah normal atau sedang mengalami penurunan.

2. Klasifikasi

Berdasarkan pendekatan fisiologis dibedakan menjadi 5 yaitu Anemia Aplastik, Anemia pada penyakit ginjal, Anemia Defisiensi Besi, Anemia Megablastik, dan Anemia Hemolitik sebagai berikut :

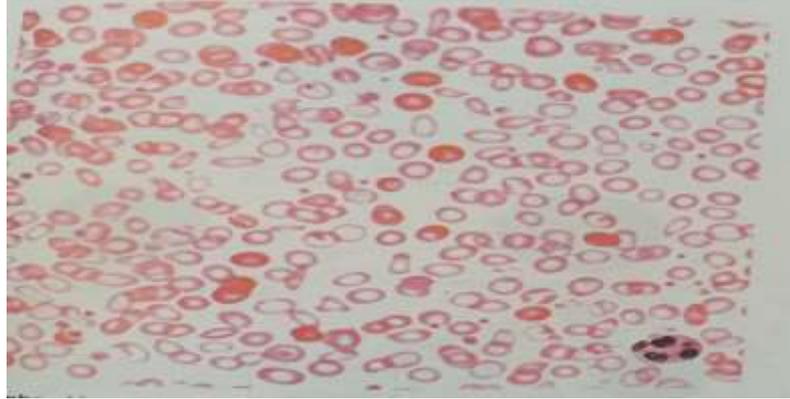
a. Anemia Aplastik

Anemia aplastik disebabkan oleh penurunan sel darah perukusor dalam sumsum tulang dan penggantian sumsum tulang dengan lemak. Dan merupakan penyebab utama. Berbagai macam infeksi kehamilan dapat mencetuskannya atau dapat disebabkan oleh obat, bahan kimia atau kerusakan radiasi, bahan yang sering menyebabkan *aplasia* sumsum meliputi *bensene* dan turunan *benzene* turunan *benzene*, obat anti tumor seperti nitrogen *mustard* dan berbagai toksit, seperti arsen anergonik. Berbagai bahan yang kadang juga menyebabkan aplasia atau hipoplasia meliputi berbagai antimikrobia, obat anti kejang, obat antitiroid, obat hipoglikemik oral analgetik, sedativ, insektisida dan logam berat. Yang tersering adalah obat mikrobakterial dan anti kejang *mephynition*.



Gambar 2.1 Anemia Aplastik (Fenderson & Rubin, 2011)

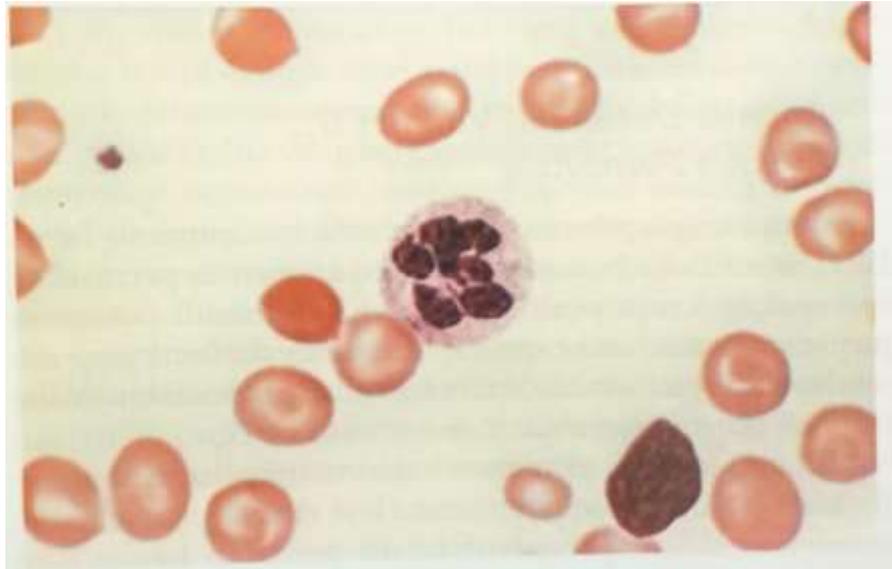
b. Anemia defisiensi besi



Gambar 2.3 Anemia Defisiensi Besi (Kumar, Abbas & Fausto, 2010)

Penyebab tersering defisiensi pada pria dan wanita *pascamenopause* adalah perdarahan (misalnya dari ulkus, gastritis atau tumor pencernaan atau malabsorpsi, terutama setelah setelah reseksi gaster). Besi tidak dapat diabsorpsi dengan baik bila pasien makan dengan serat tinggi. Penyebab tersering defisiensi besi pada wanita pramenopause adalah menoragia (perdarahan menstruasi berlebihan). Pasien dengan alkoholisme kronis sering mengalami tidak kecukupan asupan besi dan kehilangan besi akibat kehilangan darah traktus gastrointestinal, menimbulkan anemia.

c. Anemia megaloblastik



Gambar 2.4 Anemia Megaloblastik (Kumar, Abbas & Fausto, 2010)

Anemia defisiensi vitamin B12 tidak ada faktor intrinsik dan yang normal disekresi oleh sel lambung dinamakan anemia pernisiiosa. Abnormalitasnya terjadi dimukosa gaster dinding lambung mengalami atrofi dan mampu mensekresi faktor intrisik. Zat tersebut biasanya mengikat vitamin B12 dan factor instrisiknya cukup, masih dapat terjadi defisiensi apabila penyakit yang mengenai ileum atau pankreas yang mengganggu absorpsi. Gastrektomi juga menyebabkan defisiensi vitamin B12.

Anemia defisiensi asam folat. Defisiensi ini sering terjadi pada pasien yang jarang makan sayur dan buah mentah (misalnya orang miskin dan orang yang suka mengkonsumsi alkohol). Alkohol meningkatkan asam folat dan pada saat yang sama, orang yang menderita alkoholisme biasanya makan-makanan yang kurang mengandung vitamin. Kebutuhan

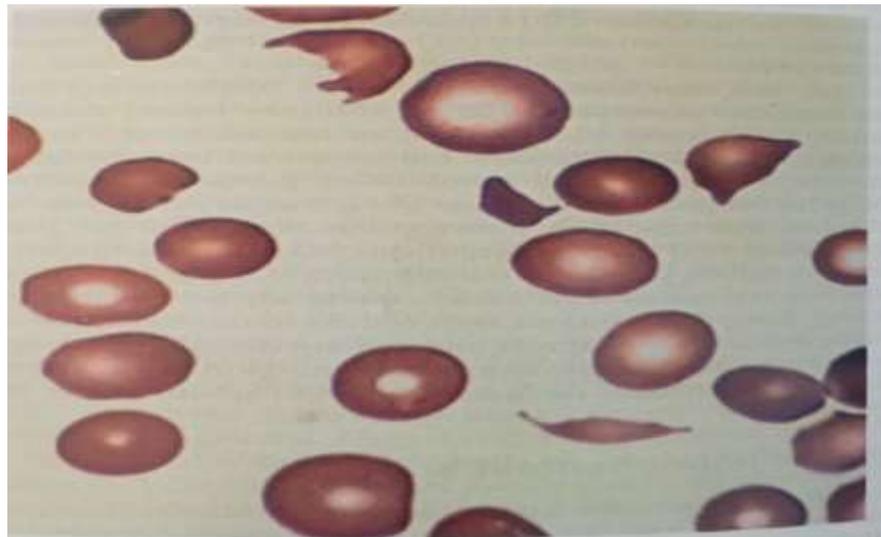
asam folat juga meningkat pada orang yang menderita anemia hemolitik kronis dan pada wanita hamil.

d. Anemia hemolitik

Pada anemia hemolitik eritrosit rentang usia yang memendek. Sumsum tulang biasanya mengkompensasi sebagian dengan produksi sel darah merah baru dibandingkan kecepatan normal, konsekuensinya semua jenis ini mempunyai gambaran laboratoris yang sama.

- 1) Jumlah retikulosit meningkat
- 2) Fraksi bilirubin indirek meningkat

Haptoglobin (protein yang meningkat hemoglobin bebas) biasanya rendah. Sumsum tulang menjadi hiperseluler akibat proliferasi eritrosit. (Ni Ketut & Briggita, 2019).



Gambar 2.5 Anemia Hemolitik (Kumar, Abbas & Fausto, 2010)

3. Etiologi Anemia

Anemia terjadi karena berbagai sebab, seperti defisiensi besi, defisiensi asam folat, vitamin B12 dan protein. Secara langsung anemia terutama disebabkan karena produksi/kualitas sel darah merah yang kurang dan kehilangan darah baik secara akut atau menahun.

Ada 3 penyebab anemia, yaitu :

a. Defisiensi zat gizi

- 1) Rendahnya asupan zat gizi baik hewani dan nabati yang merupakan pangan sumber zat besi yang berperan penting untuk pembuatan hemoglobin sebagai komponen dari sel darah merah/eritrosit. Zat gizi lain yang berperan penting dalam pembuatan hemoglobin antara lain asam folat dan vitamin B12
- 2) Pada penderita penyakit infeksi kronis seperti TBC, HIV/AIDS, dan keganasan seringkali disertai anemia, karena kekurangan asupan zat gizi atau akibat dari infeksi itu sendiri.

b. Perdarahan (*Loss of blood volume*)

- 1) Perdarahan karena kecacingan dan trauma atau luka yang mengakibatkan kadar Hb menurun.
- 2) Perdarahan karena menstruasi yang lama dan berlebihan.

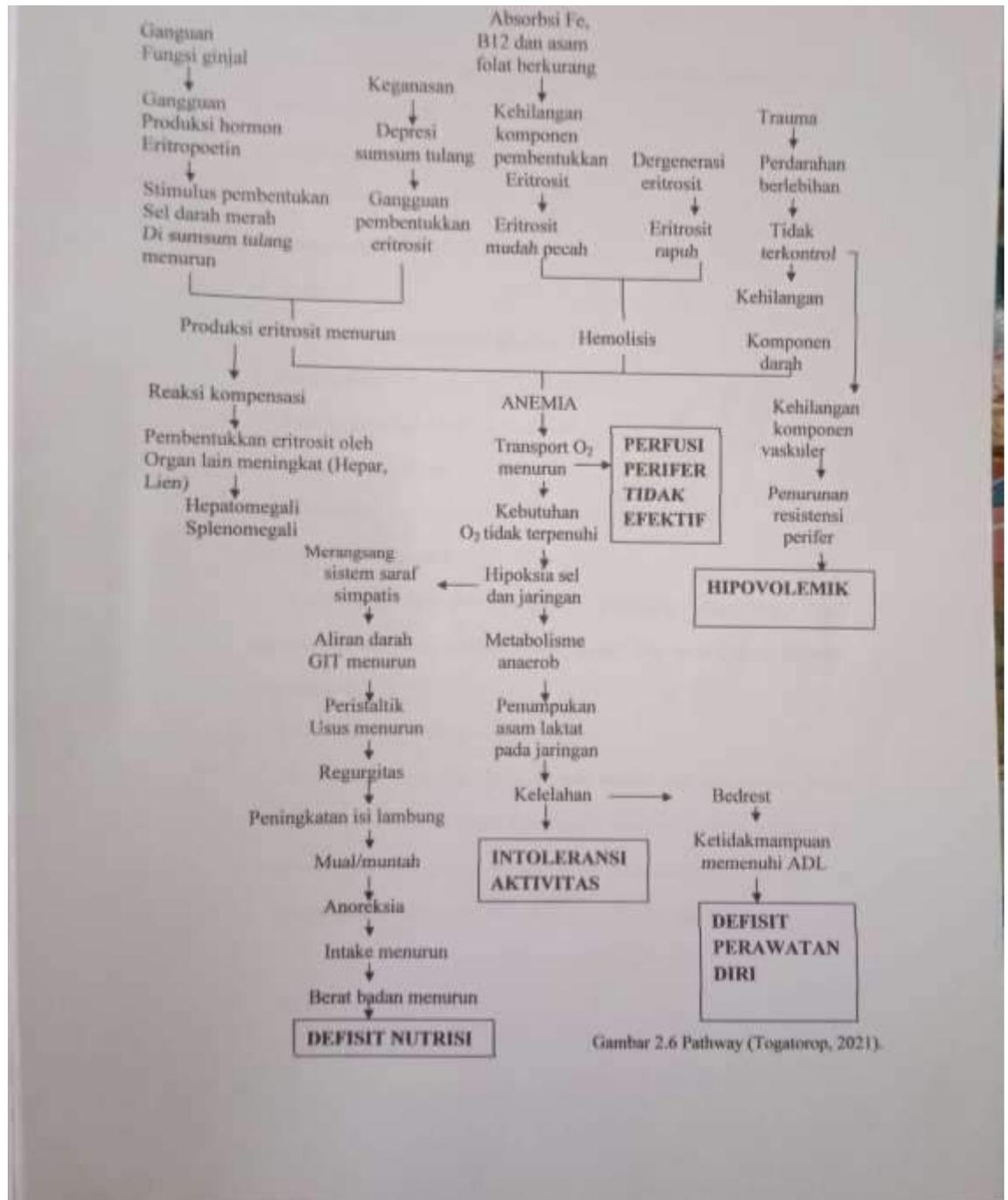
c. Hemolitik

- 1) Perdarahan pada penderita malaria kronis perlu diwaspadai karena terjadi hemolitik yang mengakibatkan penumpukan zat besi (*hemosiderosis*) di organ tubuh, seperti hati dan limpa.
- 2) Pada penderita Thalasemia, kelainan darah terjadi secara genetik yang menyebabkan anemia karena sel darah merah cepat pecah, sehingga mengakibatkan akumulasi zat besi dalam tubuh. (Kemenkes RI, 2018).

4. Patofisiologi

Timbulnya anemia mencerminkan adanya kegagalan sumsum tulang atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan. Kegagalan sumsum tulang dapat terjadi akibat kekurangan invasi tumor atau kebanyakan akibat penyebab yang tidak diketahui. Lisis Sel darah merah terjadi dalam hati dan limpa. Sebagai hasil sampingan dari proses tersebut, bilirubin yang terbentuk dalam fagosit akan memasuki aliran darah. Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi, maka hemoglobin akan muncul dalam plasma. Apabila konsentrasinya melebihi kapasitas hemoglobin plasma, maka hemoglobin akan berdifusi dalam glomerulus ginjal dan ke dalam urin. Pada dasarnya gejala anemia timbul karena dua hal, yakni anoksia organ target karena berkurangnya jumlah oksigen yang dapat dibawa oleh darah ke jaringan dan mekanisme kompensasi tubuh terhadap anemia. Kombinasi kedua penyebab ini akan menimbulkan gejala yang disebut sindrom anemia. (Togatorop, 2021).

5. Pathway



Gambar 2.6 Pathway (Togatorop, 2021).

6. Manifestasi klinis

Menurut Zuhra, Karina & Tirta (2020) menyebutkan Manifestasi klinis anemia sebagai berikut :

- a. Cepat merasa lelah
- b. Lemah
- c. Sesak napas
- d. Pucat
- e. Pusing terutama saat berubah posisi
- f. Sakit kepala
- g. Jantung berdebar-debar
- h. Tangan terasa dingin
- i. Nyeri dada

7. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan laboratorium adalah penunjang diagnostik dalam menentukan diagnosa anemia. Pemeriksaan ini terdiri dari beberapa pemeriksaan yaitu :

- a. Pemeriksaan penyaring (*screening test*)

Pemeriksaan penyaring pada anemia terdiri dari pengukuran kadar hemoglobin, hapusan darah tepi, indeks eritrosit. Dari pemeriksaan ini dapat dipastikan adanya anemia serta jenis morfologik anemia, dan sangat berguna untuk menentukan diagnosis lebih lanjut.

b. Pemeriksaan darah seri anemia

Pemeriksaan darah seri anemia terdiri dari hitungan trombosit, leukosit, laju endap darah dan hitungan retikulosit. *Automatic hematology analyzer* yang dapat memberikan presisi hasil lebih baik.

c. Pemeriksaan sumsum tulang

Pemeriksaan sumsum tulang memberikan informasi mengenai keadaan sistem hematopoiesis. Pemeriksaan ini dibutuhkan untuk menentukan diagnosis definitif pada beberapa jenis anemia. Pemeriksaan sumsum tulang diperlukan untuk diagnosis anemia aplastik, anemia megaloblastic, serta kelainan hematologik.

d. Pemeriksaan khusus

Pemeriksaan ini hanya dikerjakan atas indikasi khusus, seperti pada :

- 1) Anemia defisiensi besi : serum, TBC (*total iron binding capacity*), *reseptor transferin*, *protoporfirin eritrosit*, saturasi transferin dan pengecatan besi pada sumsum tulang.
- 2) Anemia megalobastik : Folat serum, tes suprei deoksiuridin, vitamin B12 serum dan test schiling
 - 1) Anemia hemolitik : test comb, elektroforesis hemoglobin, bilirubin serum
 - 2) Anemia aplastik : biopsy sumsum tulang

Jika diperlukan pemeriksaan non-hematologik tertentu seperti pemeriksaan faal hati, faal ginjal atau faal tiroid (Bakta, 2017).

8. Komplikasi

Komplikasi anemia menurut (Jitowiyono. S, 2018) adalah :

- a. Kelelahan berat, bila anemia cukup seseorang mungkin merasa sangat lelah sehingga tidak bisa menyelesaikan tugas sehari-hari.
- b. Komplikasi kehamilan, wanita hamil dengan anemia defisiensi folat mungkin lebih cenderung mengalami komplikasi, seperti kelahiran prematur.
- c. Masalah jantung, anemia dapat menyebabkan detak jantung cepat atau ireguler (aritmia). Bila seseorang menderita anemia, jantung harus memompa lebih banyak darah untuk mengimbangi kekurangan oksigen dalam darah. Hal ini menyebabkan jantung membesar atau gagal jantung.
- d. Kematian, beberapa anemia turunan, seperti anemia sel sabit, bisa menyebabkan komplikasi yang mengancam jiwa. Kehilangan banyak darah dengan cepat mengakibatkan anemia akut dan berat dan bisa berakibat fatal.

9. Penatalaksanaan

Beberapa hal yang harus diperhatikan pada saat pemberian terapi pada penderita anemia antara lain. (Bakta, 2017).

- a. Pengobatan diberikan hasil diagnosa yang telah ditegakkan
- b. Pemberian hematinik (obat yang membantu proses pembentukan sel darah merah) tidak dianjurkan untuk pemberian tanpa indikasi yang jelas

- c. Pengobatan anemia dapat berupa sebagai :
- 1) Terapi untuk keadaan darurat misalnya perdarahan akut akibat anemia aplastik yang mengancam jiwa atau anemia pasca perdarahan akut yang disertai dengan gangguan hemodinamik.
 - 2) Terapi suportif, memberikan makanan gizi seimbang terutama mengandung kadar besi yang tinggi yang bersumber dari hewani yaitu hati, limfa, daging dan dari nabati yaitu bayam, kacang-kacangan.
 - 3) Terapi khusus untuk masing-masing jenis anemia.
 - 4) Terapi kausal untuk mengobati penyakit dasar yang menjadi penyebab anemia tersebut.
- d. Dalam keadaan diagnosa akurat dapat ditegakkan, memberikan terapi percobaan *ex juvantibus*. Kita harus melakukan pemantauan yang ketat pada respon terapi dan perubahan perjalanan penyakit dan melakukan evaluasi tentang kemungkinan perubahan diagnosis.
- e. Tranfusi darah diberikan pada penderita anemia setelah perdarahan akut dengan tanda-tanda gangguan hemodinamik. Pada anemia kronik transfusi hanya diberikan jika anemia bersifat adanya ancaman payah jantung diberikan *packed red cell* jangan *whole blood*. Anemia kronik sering dijumpai peningkatan volume darah oleh karena itu tranfusi darah harus diberikan tetesan secara perlahan. Dapat juga diberikan diuretika kerja cepat misalnya *furosemide* sebelum tranfusi.

B. Konsep Masalah Keperawatan

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi pasien anemia dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017.

Masalah keperawatan yang akan muncul pada pasien dengan anemia adalah sebagai berikut :

1. Perfusi perifer tidak efektif

Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Penyebab : Hiperglikemia, Penurunan konsentrasi hemoglobin, Peningkatan tekanan darah, Kekurangan volume cairan, Penurunan aliran darah arteri dan/atau vena, Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. Merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas), Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes), Kurang aktivitas fisik. Batasan karakteristik : Gejala dan tanda mayor : Subjektif : tidak tersedia. Objektif : Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun. Gejala dan tanda minor : Subjektif : Parastesia, Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten). Objektif : Edema, Penyembuhan luka lambat, Indeks *ankle-brachial* <0,90, Bruit femoral. Kondisi klinis terkait : Tromboflebitis, Diabetes melitus, Anemia, Gagal jantung kongestif, Kelainan jantung kongestif, Trombosis arteri, Varises, Trombosis vena dalam, Sindrom kompartemen.

2. Defisit Nutrisi

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Penyebab : Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, Peningkatan kebutuhan metabolisme, Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi), Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan). Batasan karakteristik : Gejala dan tanda mayor : Subjektif : tidak tersedia. Objektif : Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal. Gejala dan tanda minor : Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, Kram/nyeri abdomen, Nafsu makan menurun. Objektif : Bising usus hiperaktif, Otot pengunyah lemah, Otot menelan lemah, Membran mukosa pucat, sariawan, Serum albumin turun, Rambut rontok berlebihan, Diare. Kondisi klinis terkait : Stroke, Parkinson, *Mobius syndrome*, *Cerebral palsy*, *Cleft lip*, *Cleft palate*, *Amyotrophic lateral sclerosis*, Luka bakar, Kanker, Infeksi, AIDS, Penyakit kronis

3. Hipovolemik

Definisi : penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler.

Penyebab : kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan, evaporasi.

Gejala dan tanda mayor : subjektif : Tidak tersedia. Objektif : frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi

menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosan kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat.

Gejala dan tanda minor : subjektif : merasa lemah, mengeluh haus. Objektif : pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, berat badan turun tiba-tiba.

Kondisi klinis terkait : penyakit Addison, trauma/perdarahan, luka bakar, AIDS, penyakit Crohn, muntah, diare, kolitis ulseratif, hipoalbuminemia.

4. Intoleransi Aktivitas

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab : Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, Tirah baring, Kelemahan, Imobilitas, Gaya hidup monoton.

Batasan karakteristik : Gejala dan tanda mayor : Subjektif : Mengeluh lelah.

Objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat. Gejala dan tanda minor : Subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, Merasa lemah. Objektif : Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, Gambaran EKG menunjukkan iskemia, Sianosis.

Kondisi klinis terkait : Anemia, Gagal jantung kongestif, Penyakit jantung koroner, Penyakit katup jantung, Aritmia, Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), Gangguan metabolik, Gangguan muskuloskeletal.

5. Defisit perawatan diri

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Penyebab : gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, kelemahan, gangguan psikologis dan /atau psikotik, penurunan motivasi/minat. Gejala dan tanda mayor : subjektif : menolak melakukan perawatan diri. Objektif : tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang. Gejala dan tanda minor : Subjektif : Tidak tersedia. Objektif : tidak tersedia.

Kondisi klinis terkait : stroke, cedera medula spinalis, depresi, arthritis reumatoid, retardasi mental, delirium, demensia, gangguan amnestik, skizofrenia dan gangguan psikotik lain, fungsi penilaian terganggu.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengumpulan data

1) Identitas klien dan keluarga

Nama, umur, TTL, nama penanggung jawab, pendidikan, pekerjaan ayah/ibu, agama, pendidikan, alamat, nomor RM, jenis kelamin, umur tanggal MRS, tanggal pengkajian.

2) Keluhan utama

Biasanya klien datang kerumah sakit dengan keluhan pucat, kelelahan, kelemahan, pusing.

3) Riwayat kesehatan saat ini

Klien pucat, kelemahan, sesak nafas, adanya gejala gelisah, takikardi, dan penurunan kesadaran.

4) Riwayat kesehatan dahulu

- a) Pernah menderita penyakit anemia sebelumnya
- b) Pernah memiliki trauma, perdarahan
- c) Pernah memiliki riwayat demam tinggi

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

- a) Riwayat anemia dalam keluarga
- b) Riwayat penyakit-penyakit, seperti kanker, jantung, hepatitis, DM, Malaria, Tuberculosis, anemia pada penyakit ginjal, penyakit-penyakit infeksi saluran pernafasan.

6) Pengkajian perpola

a) Aktivitas/istirahat

Gejala : keletihan, kelemahan, malaise umum. Kehilangan produktivitas, penurunan semangat untuk bekerja. Toleransi terhadap latihan rendah. Kebutuhan untuk tidur dan istirahat lebih banyak.

Tanda : takikardi/takipnea; dispnea pada bekerja atau istirahat. Letargi, menarik diri, apatis, lesu, dan kurang tertarik pada sekitarnya. Kelemahan otot dan penurunan kekuatan. Ataksia, tubuh tidak tegak. Bahu menurun, postur lunglai, berjalan lambat, dan tanda-tanda lain yang menunjukkan keletihan.

b) Sirkulasi

Gejala : riwayat kehilangan darah kronis, mis; perdarahan GI kronis, menstruasi berat; angina, *Cronic Heart Failure* (akibat kerja jantung berlebihan). Riwayat endokarditis infektif kronis. Palpitasi (takikardia kompensasi).

Tanda : tekanan darah ; peningkatan sistolik dengan diastolik stabil dan tekanan nadi melebar, hipotensi postural. Distrimia; Abnormalis EKG, mis ; depresi segmen ST dan pendataran atau depresi gelombang T; takikardi. Bunyi jantung ; murmur sistolik. Ekstremitas (warna): pucat pada kulit dan membran mukosa (konjungtiva, mulut, faring, bibir) dan

dasar kuku. (Catatan ; pada pasien kulit hitam, pucat tampak sebagai keabu-abuan); kulit seperti berkilin, pucat atau kuning lemon terang. Sklera: Biru atau putih seperti mutiara. Pengisian kapiler melambat (penurunan aliran darah ke perifer dan vasokonstriksi kompensasi). Kuku; mudah patah, berbentuk seperti sendok (*kolkologikia*) (DB). Rambut; kering, mudah putus, menipis; tumbuh uban secara premature.

c) Integritas ego

Tanda : keyakinan agama/budaya mempengaruhi pilihan pengobatan, mis; penolakan transfuse darah.

Gejala : depresi.

d) Eliminasi

Gejala : riwayat *piclonefritis*, gagal ginjal. *Faltulen*, sindrom malabsorpsi (DB). Hematemesis, feses dengan darah segar, melena. Diare atau konstipasi. Penurunan haluaran urine.

Tanda : distensi abdomen.

e) Makanan/cairan

Penurunan masukan diet, masukan diet protein hewani rendah/masukkan produk sereal tinggi (DB). Nyeri mulut atau lidah, kesulitan menelan

(ulkus pada faring). Mual/muntah, dyspepsia, anoreksia. Adanya penurunan berat badan.

f) Neurosensori

Gejala : sakit kepala, berdenyut, pusing, vertigo, tinnitus, ketidakmampuan berkonsentrasi. Insomnia, penurunan penglihatan, dan bayangan pada mata. Kelemahan, keseimbangan buruk, kaki goyah ; parestesia tangan/kaki (AP) ; klaudikasi. Sensasi menjadi dingin.

Tanda : peka rangsang, gelisah, depresi cenderung tidur, apatis. Mental : tak mampu berespon, lambat dan dangkal. Oftalmik : hemoragis retina (aplastik, AP). Epitaksis : perdarahan dari lubang-lubang (aplastik). Gangguan koordinasi, ataksia, penurunan rasa getar, dan posisi, Tanda Romberg positif, paralysis.

g) Nyeri/kenyamanan

Gejala : nyeri abdomen samara : sakit kepala

h) Pernapasan

Gejala : riwayat Tb, abses paru. Napas pendek pada istirahat dan aktivitas.

Tanda : takipnea, ortopnea, dan dispnea.

i) Seksualitas

Gejala : perubahan aliran menstruasi, misalnya menoragia atau amenore (DB). Hilang libido (pria dan wanita). Impoten.

Tanda : serviks dan dinding vagina pucat. (Bachrudin, M. dan Najib, 2016)

7) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum : apakah klien tampak lemah sampai sakit berat.
 - (1) Kesadaran : apakah klien mengalami compos mentis kooperatif sampai terjadi penurunan tingkat kesadaran apatis, somnolen, spoor, coma.
 - (2) Tanda-tanda vital
 - (3) Tekanan darah menurun, frekuensi nadi meningkat, nadi kuat sampai lemah, suhu meningkat atau menurun, pernafasan meningkat.
 - (4) TB dan BB
 - (5) Kulit: apakah kulit teraba dingin, keringat yang berlebihan, pucat, terdapat perdarahan dibawah kulit.
 - (6) Mata : apakah ada kelainan bentuk mata, konjungtiva anemis, kondisi sklera, terdapat perdarahan subkonjungtiva, keadaan pupil, palpebra dan refleks cahaya.

- (7) Hidung : apakah ada kelainan bentuk, mukosa hidung, cairan yang keluar dari hidung atau gangguan fungsi penciuman.
- (8) Telinga : apakah ada kelainan bentuk fungsi pendengaran
- (9) Mulut : apakah ada kelainan bentuk, mukosa kering, perdarahan gusi, lidah kering, bibir pecah-pecah, atau perdarahan.
- (10)Leher : apakah terdapat pembesaran kelenjar getah bening. Tiroid membesar, dan kondisi distensi vena jugularis.
- (11)Thoraks : periksa pergerakan dada, adakah pernafasan cepat atau irama nafas tidak teratur
- (12) Abdomen : periksa apakah ada pembesaran hati, nyeri, bising usus dan bisa dibawah normal
- (13)Genetalia : pada laki-laki apakah testis sudah turun kedalam skrotum dan pada perempuan apakah labia minora tertutup labia mayora.
- (14)Ekstremitas : apakah klien mengalami nyeri ekstremitas, tonus otot kurang.

b. Tabulasi Data

Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, membran mukosa pucat, serum

albumin turun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, menolak melakukan perawatan diri.

c. Klasifikasi Data

DS : Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, mengeluh lelah, menolak melakukan perawatan diri.

DO : Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, membran mukosa pucat, serum albumin turun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

d. Analisa Data

Menurut SDKI DPP PPNI (2017) Analisa data dibedakan berdasarkan problem, etiologi, sign/symptom. Berdasarkan hasil analisa maka masalah keperawatan yang diangkat pada pasien anemia ada 5 masalah :

1) Data subyektif : Tidak ada

Data Objektif : Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Berdasarkan tanda dan gejala diatas masalah keperawatan yang ditemukan adalah Perfusi Perifer tidak efektif.

2) Data subyektif : Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.

Data obyektif : Membran mukosa pucat, serum albumin turun, bising usus hiperaktif, oto pengunyah lemah, berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.

Berdasarkan tanda dan gejala diatas masalah keperawatan yang ditemukan adalah Defisit Nutrisi.

3) Data subyektif : merasa lemah

Data obyektif : nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, berat badan turun tiba-tiba.

Berdasarkan tanda dan gejala diatas masalah keperawatan yang ditemukan adalah Hipovolemik.

4) Data subyektif : Mengeluh lelah

Data obyektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

Berdasarkan tanda dan gejala diatas masalah keperawatan yang ditemukan adalah Intoleransi aktivitas.

5) Data subjektif : menolak melakukan perawatan diri

Data objektif : tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

Berdasarkan tanda dan gejala diatas masalah keperawatan yang ditemukan adalah Defisit Perawatan Diri.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI DPP PPNI (2017) menyatakan diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosis yang muncul pada kasus anemia dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu: .

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang ditandai dengan
Data subyektif : Tidak ada,
Data obyektif : Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) yang ditandai dengan
Data subyektif : cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.
Data obyektif : membran mukosa pucat, serum albumin turun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang ditandai dengan

Data subyektif : mengeluh lelah

Data obyektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

4. Hipovolemik berhubungan dengan kekurangan intake cairan yang ditandai dengan

Data subjektif : merasa lemah

Data obyektif : nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, berat badan turun tiba-tiba.

5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan yang ditandai dengan

Data subjektif : menolak melakukan perawatan diri.

Data obyektif : tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan yang dilakukan perawat yang berdasarkan pengetahuan bertujuan untuk mencapai luaran (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan :

Data subyektif : Tidak ada,

Data obyektif : Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil : Pengisian kapiler membaik, Denyut nadi perifer meningkat, Akral membaik, Warna kulit pucat menurun, Turgor kulit membaik.

Intervensi : Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP), Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD), Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT), Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil, Pertahankan jalan napas paten, Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, (6) kolaborasi pemberian transfusi darah, *jika perlu*.

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan :

Data subyektif : cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.

Data obyektif : membran mukosa pucat, serum albumin turun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil : Perasaan cepat kenyang menurun, Nyeri abdomen menurun, Nafsu makan membaik, Membran mukosa membaik,

Serum albumin meningkat, Bising usus membaik, Kekuatan otot pengunyah meningkat.

Intervensi : Identifikasi alergi dan intoleransi makan, Identifikasi makanan yang disukai, Monitor asupan makanan, Lakukan oral hygiene sebelum makan, *jika perlu*, Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.

- c. Hipovolemik berhubungan dengan kekurangan intake cairan ditandai dengan:

Data subjektif : merasa lemah

Data obyektif : nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, berat badan turun tiba-tiba.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipovolemik dapat teratasi dengan kriteria hasil : frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, turgor kulit meningkat, membran mukosa membaik, berat badan membaik.

Intervensi : Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi), monitor status cairan (masuk dan keluaran, turgor kulit, CRT), kolaborasi pemberian transfusi darah.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan :

Data subyektif : mengeluh lelah

Data obyektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : Keluhan lelah menurun

Intervensi : Identifikasi defisit tingkat aktivitas, Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan, Monitor pola dan jam tidur, Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan, Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

Data subjektif : menolak melakukan perawatan diri

Data objektif : tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah defisit perawatan diri dapat teratasi dengan kriteria hasil : minat melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat.

Intervensi : monitor tingkat kemandirian, anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien. (Ida, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan. (Ida, 2016).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya pasien, keluarga, kelompok, komunitas. Dalam penulisan deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek dalam penelitian ini adalah satu orang pasien dengan masalah utama Anemia dengan kriteria :

1. Bersedia untuk menjadi respondens
2. Badan lemah, pusing, mual, nyeri ulu hati, HB : 7,0 g/dL
3. Skala nyeri ringan

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tabel 3.1. Batasan Istilah

No	Istilah	Definisi
1	Anemia	Anemia adalah suatu keadaan adanya penurunan kadar hemoglobin hematokrit dan jumlah erosit dibawah nilai normal. Pada penderita anemia, lebih sering disebut kurang darah. Kadar sel darah merah (hemoglobin atau Hb) dibawah nilai normal.
2	Asuhan keperawatan	Suatu bentuk pelayanan keperawatan profesional bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spritual yang diberikan langsung kepada pasien dengan masalah Anemia.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan pada pasien di Ruang Perawatan Dalam I Rumah Sakit Umum Daerah Ende selama 3 hari.

E. Metode/Prosedur Studi Kasus

Tahap awal prosedur penulisan diawali dengan penyusunan proposal. Setelah proposal di ACC oleh pembimbing selanjutnya dilakukan ujian proposal. Selanjutnya mengajukan surat permohonan izin di Rumah Sakit Umum Daerah Ende dan izin pada subjek studi kasus. Setelah itu dilanjutkan dengan studi kasus yang diawali dengan pengumpulan data dengan wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik pada pasien. Selanjutnya data di analisis untuk merumuskan Diagnosa Keperawatan, menyusun perencanaan dan melakukan implementasi hingga evaluasi. Tahap selanjutnya yaitu dilakukan ujian KTI.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, biodata orangtua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal, hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Mengadakan observasi atau pengamatan yang dilakukan secara langsung dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi (IPPA) pada sistem tubuh pasien.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan medis.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari :

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari pasien dapat memberikan informasi tentang masalah kesehatan yang dihadapinya, meliputi biodata klien dan orangtua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal *hygiene*, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga), seperti orangtua, saudara, atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan pasien

meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien dirumah maupun dirumah sakit dan studi dokumentasi.

I. Analisa Data

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan Rumah Sakit tipe C milik Pemerintah Daerah Ende. Berdasarkan Keputusan Bupati Ende nomor 384 tahun 2012 tanggal 27 November 2012, RSUD Ende ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan diberi fleksibilitas dalam tata kelola keuangan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Rumah Sakit Umum Daerah Ende terdiri atas unit rawat jalan dan unit rawat inap. Ruang rawat inap terdiri dari Ruangan Penyakit Bedah (RPB), Ruangan Penyakit Anak (RPA), Ruangan Kebidanan dan Kandungan (RKK), Ruangan *Intensive Care Unit (ICU)*, Ruangan Perawatan Khusus (RPK), Ruangan Perinatal, Ruangan Paviliun, Ruangan Jenazah dan Ruangan Penyakit Dalam (RPD).

Ruangan Penyakit Dalam (RPD) terdiri dari RPD I, II, dan III. Ruangan Penyakit Dalam I dan II berada pada satu bangunan yang sama, sedangkan bangunan RPD III terletak di bagian depan. Ruangan Penyakit Dalam I terdapat 15 ruangan yang terdiri dari 10 ruangan pasien, 1 ruangan perawat, 1 ruangan obat, 1 ruangan yang dijadikan sebagai gudang dan 1 ruangan *pantry*. Jumlah tenaga kesehatan yang ada di RPD I berjumlah 17 orang, dengan rincian sebagai berikut: S1 sebanyak 3 orang, D-IV sebanyak

orang, D-III sebanyak 11 orang, administrasi 1 orang dan *cleaning service* sebanyak 1 orang.

Adapun batas-batas RPD I adalah sebagai berikut : sebelah utara berbatasan dengan Ruang Jenazah, sebelah timur berbatasan dengan RPD III, sebelah selatan berbatasan dengan RPA, dan sebelah barat berbatasan dengan jalan dan perumahan warga.

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan di Ruang Penyakit Dalam I RSUD Ende, dilaksanakan selama tiga (3) hari yaitu sejak tanggal 24-26 Juni 2022. Pengkajian dilakukan pada Nn. R.E berusia 21 tahun, berjenis kelamin perempuan, pendidikan Mahasiswa, dan beragama Katolik dengan diagnosa medis Anemia Defisiensi Besi.

b. Pengumpulan data

1) Biodata

Pasien berinisial Nn. R.E berumur 21 tahun bertempat tinggal di Jl. Samratulangi dan status sebagai mahasiswa dan belum menikah. Tanggal masuk Rumah Sakit 22 Juni 2022. Penanggung jawab pasien adalah ibu kandung dengan inisial Ny.R.S umur 57 tahun, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan IRT.

2) Keluhan utama

Klien mengatakan badan lemah, pusing.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan badan lemah sejak 1 minggu yang lalu, pusing, mual, nyeri ulu hati, nyeri ketika belum makan, nyeri hilang timbul, skala nyeri 3 (nyeri ringan), nyeri seperti terbakar, klien sering terlambat makan, klien mengatakan kurang nafsu makan dan cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sering mengonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak, klien mengatakan sering tidur larut malam pukul 01.00-02.00, HTHP 8/6/2022, riwayat menstruasi 5 hari dan lancar, BAK 6-7 kali sehari namun produksinya berkurang atau hanya sedikit, klien tampak pucat, konjungtiva anemis, sklera ikterik, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, akral teraba dingin, CRT >3 detik, Hb 7,0 g/dL, kekuatan otot ekstremitas lemah, klien belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toileting, berpindah posisi.

b) Riwayat Kesehatan Masa lalu

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit lambung

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan anggota keluarganya (Bapak) mempunyai riwayat penyakit Hipertensi.

4) Pengkajian Perpola

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan bahwa kesehatan itu penting, klien mengatakan bahwa penyebab penyakit yang dideritanya dikarenakan kelalaian klien sendiri seperti terbiasa tidur larut malam dan juga sering menunda waktu untuk makan. Klien juga sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak, klien mengatakan ketika sakit jarang memeriksakan diri ke Klinik, Puskesmas dan Rumah Sakit.

b) Pola Nutrisi metabolik

Klien mengatakan sebelum sakit klien makan 2-3 kali sehari jenis makanan seperti nasi, sayur dan ikan dengan $\frac{1}{2}$ porsi dihabiskan. Klien mengatakan ulu hatinya nyeri ketika belum makan. Klien juga mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak. Klien mengatakan sering minum air sekitar 5-8 gelas/2000 cc perhari. Saat sakit klien mengatakan makan 3 kali sehari dengan jenis seperti nasi, sayur, ikan dan buah, $\frac{1}{2}$ porsi dihabiskan, klien mengatakan kurang nafsu makan, klien mengatakan cepat merasa kenyang saat makan.

c) Pola eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit, klien BAB 1-2 kali sehari, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB. Sedangkan BAK klien bisa dengan 3-4 kali sehari warna kuning keruh, bau khas.

Saat ini klien BAB 1 kali sehari, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK saat ini 6-7 kali sehari namun produksi urin nya berkurang atau hanya sedikit, warna kuning keruh, bau khas.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan sebelum sakit klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toileting, berpindah, makan dan minum, melakukan kegiatan seperti biasa dikampus. Saat ini aktivitas klien seperti mandi, toileting, berpakaian, berpindah dibantu oleh orang lain/keluarga.

e) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasanya tidur pukul 01-02 pagi dan klien bangun pada pukul 9-10 pagi. Klien jarang tidur siang. Saat ini klien mengatakan klien tidur mulai jam 19.00 – 20.00 dan bangun pada pukul 07.00-08.00.

f) Pola kognitif dan persepsi.

Klien mengatakan tidak mempunyai gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman, dan peraba. Daya ingat klien baik, klien mampu mengingat kejadian jangka panjang maupun jangka pendek.

g) Pola Persepsi- konsep diri

citra tubuh : klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya.

Peran : klien adalah seorang anak dan sebagai mahasiswa. Ideal diri :

klien berharap agar cepat pulih dan sehat kembali agar bisa kembali melakukan aktivitas seperti biasa. Harga diri : klien mengatakan ketika dirawat di Rumah Sakit, klien merasa sangat dihargai oleh Dokter dan Perawat.

h) Pola peran dan hubungan

Klien mengatakan bahwa hubungan sosial di dalam masyarakat dan lingkungan kampus cukup baik.

i) Pola Reproduksi – Seksualitas

Klien mengatakan tidak memiliki gangguan pada alat reproduksinya.

j) Pola Nilai-Kepercayaan

Klien mengatakan beragama Katolik, setiap hari minggu dan hari raya selalu ke Gereja.

5) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan Umum : lemah , kesadaran : composmentis, TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35.7⁰C, SpO₂ 100 %. BB 43 kg , TB 160 cm. IMT 16,79 (Berat badan kurang), Berat badan ideal 51 kg, Kepala : tampak bersih, rambut hitam, tidak ada nyeri tekan. Wajah : tampak pucat, mata : simetris, kongjungtiva anemis, sklera ikterik. Telinga : bentuk simetris, tidak ada serumen, tidak ada lesi. Hidung : tidak ada secret. Mulut : mukosa bibir kering. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Dada : bentuk simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas, irama napas teratur. Abdomen : tidak ada

massa, tidak ada nyeri tekan. Ekstremitas atas : jari tangan lengkap, kekuatan otot ekstremitas lemah, akral teraba dingin, terpasang darah bag I 20 tpm, CRT >3 detik. Ekstremitas bawah : jari tangan lengkap, kekuatan otot ekstremitas lemah.

b) Keluhan subyektif (Nyeri)

P: klien mengatakan nyeri ketika belum makan

Q: Nyeri seperti terbakar

R : nyeri ulu hati

S : skala nyeri 3 (nyeri ringan)

T : klien mengatakan nyeri hilang timbul

c) Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.1 pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan darah	Hasil	Nilai normal
lengkap		
WBC	5.37 [$10^3/uL$]	(3.60 - 11.00)
LYMPH#	1.15 [$10^3/uL$]	(1.00 - 3.70)
MONO#	0.28 [$10^3/uL$]	(0.00 - 0.70)
EO#	0.17 [$10^3/uL$]	(0.00 – 0.40)
BASO#	0.03 [$10^3/uL$]	(0.00 – 0.10)
NEUT#	3.74 [$10^3/uL$]	(1.50 – 7.00)
LYMPH%	21.4 - [%]	(25.0 – 40.0)
MONO%	5.2 [%]	(2.0 – 8.0)

EO#	3.2 [%]	(2.0 – 4.0)
BASO%	0.6 [%]	(0.0 – 1.0)
NEUT%	69.6 [%]	(50.0 – 7.00)
IG#	0.01 [10 ³ /uL]	(0.00 – 7.00)
IG%	0.2 [%]	(0.0 – 72.0)
RBC	4.20 [10 ⁶ /uL]	(3.80 – 5.20)
HGB	7.0 – [g/dL]	(11.7 – 15.5)
HCT	25.1 – [%]	(35.0 – 47.0)
MCV	59.8 – [fL]	(80.0 – 100.0)
MCH	16.7 – [pg]	(26.0 – 34.0)
MCHC	27.9 – [g/dL]	(32.0 – 36.0)
RDW-SD	42.2 [Fl]	(37.0 – 54.0)
RDW-CV	20.4 + [%]	(11.5 – 14.5)
PLT	365 [10 ³ /uL]	(150- 440)
MPV	----- [fL]	(9.0 – 13.0)
PCT	----- [%]	(0.17 – 0.35)
PDW	----- [Fl]	(9.0 – 17.0)
P-LCR	----- [%]	(13.0 – 43.0)

d) Terapi

Tabel 4.2 terapi

No.	Nama Obat	Dosis
1	Omeprazole	40 mg /IV
2	Furosemide	10 mg/IV
3	Chlorpheniramine maleate	4 mg 3x1

1. Omeprazole

Dosis : disesuaikan dengan kondisi dan respon pasien terhadap pengobatan

Cara pemberian : peroral dan intravena

Indikasi : mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung akibat infeksi bakteri H. Pylori

Kontra Indikasi : Pada pasien yang hipersensitif terhadap komponen omeprazole

Efek samping : sakit kepala, mual, muntah, sakit perut, kembung, diare.

2. Chlorpheniramine maleate

Cara pemberian : Oral

Indikasi :

- a. Syok anafilatik
- b. Kondisi alergi, bersin, gatal, mata berair, hidung atau tenggorokan gatal, dan pilek yang disebabkan oleh *hay fever* (rinitis alergi) dan lergi pernapasan lainnya.

Kontra Indikasi :

- a. Penggunaan pada anak usia < 2 tahun tidak dianjurkan, kecuali atas petunjuk dokter.
- b. Tidak boleh di gunakan pada neonatus, bayi prematur, atau penderita serangan asma akut.

Efek samping : sakit kepala, mengantuk, mual, muntah, nafsu makan menurun, sembelit/konstipasi, gangguan penglihatan, sulit buang air kecil.

3. Furosemide : intravena

Indikasi : edema akibat gangguan jantung, hati, dan ginjal, serta hipertensi

Kontra indikasi : obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan kondisi : Hipersensitif terhadap Furosemide dan Sulfobamide. Anuria atau gagal ginjal. Memiliki penyakit Addison. Mengalami Hipovolemia atau dehidrasi. Keadaan prekomatosa yang berhubungan dengan sirosis hati.

Efek samping : mual, muntah, diare, penglihatan buram, sembelit

c. Tabulasi data

Klien mengatakan badan terasa lemah, pusing, mual, nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar, skala nyeri : 3 (nyeri ringan), klien mengatakan nafsu makan menurun dan cepat kenyang saat makan, klien

sering terlambat makan, klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah mentah) dalam jumlah yang banyak, klien sering tidur larut malam pukul 01.00-02.00. klien tampak pucat, konjungtiva anemis, sklera ikterik, klien tampak lemah, klien tampak meringis, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, akral teraba dingin, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toleting, berpindah posisi, kekuatan otot ekstremitas lemah, CRT > 3 detik, HB = 7.0 g/dL , HCT = 25.1 % , MCV =59.8, MCH = 16,7 –[pg], MCHC = 27.9, LYMPH = 21,4 – [%], TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/mnt , RR 20x/mnt, Suhu 36.0 °C , BB 43 kg , TB 160 cm, IMT 16,79 (Berat badan kurang), Berat badan ideal 51 kg, terpasang darah bag I 20 tpm.

d. Klasifikasi data

DS : Klien mengatakan badan terasa lemah, pusing, nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar, nyeri ketika belum makan, nafsu makan menurun, cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sering terlambat makan, klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak. Klien mengatakan sering tidur larut malam pukul 01.00-02.00.

DO : Klien tampak pucat, konjungtiva anemis, sklera ikterik, klien tampak lemah, klien tampak meringis, skala nyeri : 3 (nyeri ringan) , mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, akral teraba dingin, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toleting,

berpindah posisi , kekuatan otot ekstremitas lemah, klien tampak belum mengetahui tentang penyakitnya, CRT > 3 detik, HB = 7.0 g/dL , HCT = 25.1 % , MCV =59.8, MCH = 16,7 –[pg], MCHC = 27.9, LYMPH = 21,4 – [%]. TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/mnt , RR 20x/mnt, Suhu 36.0 °C , BB 43 kg, TB 160cm, IMT 16,79 (Berat badan kurang), Berat badan ideal 51 kg ,terpasang darah bag I 20 tpm.

e. Analisa Data

1) DS : Klien mengatakan nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar

DO : Klien tampak meringis, skala nyeri : 3 (nyeri ringan). TD 110/60 mmHg, Nadi 113x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35.7 °c, SpO₂ 100%.

2) DS : Klien mengatakan pusing, badan lemah.

DO : Klien tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis, sklera ikterik, turgor kulit menurun, CRT > 3 detik, TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35,7 °C , SpO₂ 100%, HB = 7.0 g/dL , HCT = 25.1 % , LYMPH = 21,4 – [%]MCH = 16,7 –[pg], MCV =59.8, MCHC = 27.9, RDW-CV = 20.4% .

3) DS : Klien mengeluh mual, nafsu makan menurun, cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah mentah) dalam jumlah yang banyak

DO : mukosa bibir kering, BB 43 kg, TB 160cm, IMT 16,79 (Berat badan kurang), Berat badan ideal 51 kg.

4) DS : Klien mengatakan badan lemah

DO : Klien tampak lemah, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toleting, berpindah posisi, kekuatan otot ekstremitas lemah. TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35,7 °C , SpO₂ 100%

5) DS : Klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak, klien mengatakan sering terlambat makan, klien mengatakan sering tidur larut malam pukul 01.00-02.00.

DO : klien tampak belum mengetahui tentang penyakitnya

3. Diagnosa Keperawatan

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan

DS : klien mengatakan nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar.

DO : klien tampak meringis, skala nyeri : 3 (nyeri ringan). TD 110/60 mmHg, Nadi 113x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35.7 °c, SpO₂ 100%.

2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah ditandai dengan :

DS : klien mengatakan pusing, badan lemah.

DO: klien tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis, sklera ikterik, turgor kulit menurun, CRT > 3 detik, TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35,7 °C , HB SpO₂ 100%, HCT = 25.1 % ,

LYMPH = 21,4 – [%]MCH = 16,7 –[pg], MCV =59.8, MCHC = 27.9,
RDW-CV = 20.4%

- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

DS : Klien mengeluh mual, nafsu makan menurun, cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah mentah) dalam jumlah yang banyak

DO : mukosa bibir kering, BB 43 kg, TB 160cm, IMT 16,79 (Berat badan kurang), Berat badan ideal 51 kg.

- 4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan :

DS : klien mengatakan badan lemah.

DO : klien tampak lemah, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, kekuatan otot ekstremitas lemah. TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35,7 °C , SpO₂ 100%

- 5) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

DS : Klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak, klien mengatakan sering terlambat makan, klien mengatakan sering tidur larut malam pada pukul 01.00-02.00.

DO : klien tampak belum mengetahuin tentang penyakitnya

4. Intervensi Keperawatan

Untuk diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, skala nyeri : 0 (tidak nyeri). Rencana tindakan 1) identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri. 2) identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3) identifikasi skala nyeri 4) ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5) kolaborasi pemberian analgetik.

Untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil : warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, TD membaik. Rencana tindakan 1) periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, suhu) 2) monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 3) monitor *capillary refill time* 4) monitor tanda-tanda vital 5) monitor elastisitas atau turgor kulit 6) rekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet 7) kolaborasi pemberian transfusi darah.

Untuk diagnosa defisit nutrisi berhubungan faktor psikologis (keengganan untuk makan) dengan tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas

teratasi dengan kriteria hasil : 1) perasaan cepat kenyang menurun, nafsu makan membaik, membran mukosa membaik. Rencana tindakan 1) monitor asupan makanan, 2) identifikasi makanan yang disukai, 3) anjurkan untuk makan selagi masih hangat.

Untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil : 1) keluhan lelah menurun, 2) kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Rencana tindakan 1) identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, 2) monitor pola dan jam tidur, 3) anjurkan tirah baring, 4) anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Untuk diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah defisit pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil : 1) perilaku sesuai anjuran meningkat 2) persepsi yang keliru terhadap masalah menurun. Rencana tindakan 1) ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, 2) jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan, 3) rekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet.

5. Implementasi Keperawatan

a. Hari jumat, 24 Juni 2022

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa nyeri akut antara lain : jam 09.00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri dengan hasil : nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar. Jam 09.10 Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil : skala nyeri 3 (nyeri ringan). 09.15 Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik napas dalam). Hasil : klien mampu melakukan teknik napas dalam dengan benar.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif antara lain : jam 09.20 memonitor sirkulasi perifer (Nadi, pernafasan) dengan hasil : Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit. memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35,7 °C , SpO₂ 100%. Memonitor elastisitas / turgor kulit dengan hasil : turgor kulit menurun. Memonitor CRT dengan hasil CRT >3 detik. Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet makanan yang mengandung kadar besi (daging, sayuran hijau , kacang- kacang). Hasil : klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis makanan seperti nasi, sayur, ikan, dan buah pisang.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa defisit nutrisi antara lain : jam 09.20 monitor asupan makanan dengan hasil : klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis makanan seperti nasi, sayur, ikan dan buah pisang.

Identifikasi makanan yang disukai dengan hasil klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak. Anjurkan untuk makan selagi masih hangat.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa intoleransi aktivitas antara lain.: jam 09.30 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dengan hasil : klien mengatakan badannya terasa lemah sejak 1 minggu , klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toleting, berpindah posisi. Memonitor pola dan jam tidur dengan hasil : klien mengatakan biasanya tidur pada pukul 01.00 – 02.00 dini hari dan bangun pada pukul 09.00 – 10.00 pagi. Menganjurkan tirah baring , menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa defisit pengetahuan antara lain : jam 09.33 mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (pola tidur, makan yang teratur, resiko mengkonsumsi beras dalam jumlah banyak) dengan hasil : klien mengatakan akan mengatur pola tidurnya, makan teratur dan tidak mengkonsumsi beras mentah. Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan dengan hasil : klien tampak mengerti apa yang dijelaskan perawat. Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet seperti makanan yang mengandung zat besi (daging, sayuran hijau dan kacang-kacangan) dengan hasil : klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis makanan seperti nasi, sayur, ikan, dan buah pisang.

b. Hari sabtu, 25 juni 2022

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa nyeri akut antara lain : jam 09.00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri dengan hasil : nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar, klien tampak meringis. Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil : skala nyeri 3 (nyeri ringan). Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (napas dalam) dengan hasil : klien dapat melakukan teknik napas dalam dengan benar.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif antara lain : jam 09.15 memonitor sirkulasi perifer (Nadi, pernafasan) dengan hasil : TD 120/80 mmHg, Nadi 85 x/menit, S 36,7⁰ C, RR 20 x/menit, SpO₂ 99%. Memonitor elastisitas / turgor kulit dengan hasil : turgor kulit menurun. Monitor *capillary refill time* dengan hasil CRT >3 detik. Jam 12.00 melayani pemberian makanan seperti nasi ikan sayur dan buah pisang. Jam 08.00 kolaborasi pemberian transfusi darah bag II 16 tpm, jam 08.10 memonitor reaksi alergi dengan hasil tidak ada alergi jam 08.15 menaikan tetesan darah 20 tpm.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa defisit nutrisi antara lain : jam 09.20 monitor asupan makanan dengan hasil : klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis makanan seperti nasi, sayur, ikan dan buah pisang.. Anjurkan untuk makan selagi masih hangat. Jam 12.00 melayani pemberian makanan seperti nasi ikan sayur dan buah pisang.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa intoleransi aktivitas antara lain : jam 09.25 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dengan hasil : klien mengatakan bada masih lemah, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toleting, berpindah posisi. Memonitor pola dan jam tidur dengan hasil : klien mengatakan bisa tidur dengn cepat pada pukul 19.00- 20.00 dan bangun pada pukul 07.00-08.00 pagi. Menganjurkan tirah baring dengan hasil : klien mengatakan akan lebih banyak beristirahat. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil klien mengatakan akan melakukan aktivitas secara bertahap.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa defisit pengetahuan antara lain : jam 09.33 mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (pola tidur, makan yang teratur, resiko mengkonsumsi beras dalam jumlah banyak dengan hasil : klien mengatakan akan mengatur pola tidurnya, makan teratur dan tidak mengkonsumsi beras mentah. Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan dengan hasil : klien tampak mengerti apa yang dijelaskan perawat. Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet seperti makanan yang mengandung zat besi (daging, sayuran hijau dan kacang-kacangan) dengan hasil : klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis makanan seperti nasi, sayur, ikan, dan buah pisang.

c. Hari minggu, 26 juni 2022

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa nyeri akut antara lain : jam 09.00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri dengan hasil : klien mengatakan masih nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar, klien tampak meringis. Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil skala nyeri 3 (nyeri ringan). Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik napas dalam) dengan hasil : klien mampu melakukan teknik napas dalam dengan benar.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif antara lain : memonitor sirkulasi perifer (Nadi, pernafasan) dengan hasil : Nadi 98 x/menit, RR 20 x/menit. memonitor tanda-tanda vital dengan hasil : TD 120/80 mmHg , Nadi 98 x/menit, Suhu 36,5⁰C, RR 20 x/menit, SpO₂ 99%. Memonitor elastisitas / turgor kulit dengan hasil : turgor kulit elastis. Memonitor CRT dengan hasil CRT <3 detik. Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet (makanan yang mengandung zat besi seperti daging, sayuran hijau dan kacang-kacangan).

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa defisit nutrisi antara lain : jam 09.20 monitor asupan makanan dengan hasil : klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis makanan seperti nasi, sayur, ikan dan buah pisang.. Anjurkan untuk makan selagi masih hangat.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa intoleransi aktivitas antara lain : mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

dengan hasil : klien mengatakan badan lemah berkurang. Klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti seperti mandi, berpakaian, toileting, berpindah posisi. Memonitor pola dan jam tidur dengan hasil : klien mengatakan tadi malam klien tidur pukul 20.00 dan bangun pada pukul 07.00. menganjurkan tirah baring. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap : klien mengatakan akan melakukan aktivitas secara bertahap.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa defisit pengetahuan antara lain : jam 09.33 mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (pola tidur, makan yang teratur, resiko mengkonsumsi beras dalam jumlah banyak) klien mengatakan akan mengatur pola tidurnya, makan teratur dan tidak mengkonsumsi beras mentah. Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan klien dengan hasil : klien tampak mengerti apa yang dijelaskan perawat. Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet seperti makanan yang mengandung zat besi (daging, sayuran hijau dan kacang-kacangan) dengan hasil : klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis makanan seperti nasi, sayur, ikan, dan buah pisang.

6. Evaluasi

a. Hari jumat, 24 juni 2022 jam 13.30

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Subjektif : klien mengatakan masih terasa nyeri pada ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar.

Objektif : klien tampak meringis, skala nyeri 3 (nyeri ringan)

Assesment : masalah nyeri akut belum teratasi

Planning : Intervensi 1 , 2, 3 dilanjutkan

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri.
2. Mengidentifikasi skala nyeri
3. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
(teknik napas dalam)

Diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah

Subjektif : klien mengatakan pusing , badan lemah

Objektif : klien tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis, sklera ikterik, CRT > 3 detik, TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, Suhu 36,0 °c, RR 20 x/menit.

Assesment : masalah Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planning : intervensi 1,2,3,4,5dिलanjutkan

1. Memonitor sirkulasi perifer (Nadi,pernafasan)
2. Memonitor tanda-tanda vital
3. Memonitor *capillary refill time*
4. Memonitor elastisitas atau turgor kulit
5. Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet
(makanan yang mengandung zat besi seperti daging, sayuran hijau dan kacang-kacangan).

Diagnosa defisit nutrisi berhubungan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Subjektif : klien mengatakan mual, nafsu makan menurun, cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah mentah) dalam jumlah yang banyak. Klien mengatakan sudah makan siang dengan jenis nasi, sayur, ikan dan buah pisang dengan ½ porsi dihabiskan.

Objektif : mukosa bibir kering

Assesment : masalah defisit nutrisi belum teratasi

Planning : intervensi 1 dan 3 dilanjutkan

1. Monitor asupan makanan
3. Anjurkan untuk makan selagi masih hangat.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Subjektif : klien mengatakan badan lemah

Objektif : klien tampak lemah, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toleting, berpindah posisi , kekuatan otot ekstremitas lemah.

Assesment : masalah intoleransi aktifitas belum teratasi

Planning : intervensi 1, 2, 3, 4 dilanjutkan

1. mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Memonitor pola dan jam tidur

3. Menganjurkan tirah baring

4. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap.

Diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Subjektif : klien mengatakan akan mengubah perilakunya untuk mengurangi konsumsi beras, klien mengatakan akan merubah pola tidurnya untuk tidak tidur larut malam, klien mengatakan akan makan secara teratur.

Objektif : klien tampak mengerti apa yang dianjurkan perawat

Assesment : masalah defisit pengetahuan teratasi

Planning : intervensi dihentikan

b. Hari sabtu, 25 juni 2022 jam 13.30

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Subjektif : klien mengatakan masih nyeri pada ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar.

Objektif : klien tampak meringis, skala nyeri 3 (nyeri ringan)

Assesment : masalah nyeri akut belum teratasi

Planning : intervensi 1, 2, 3, dilanjutkan

1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri.
2. Mengidentifikasi skala nyeri
3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah

Subjektif : klien mengatakan pusing berkurang, badan lemah

Objektif : klien tampak pucat, konjungtiva anemis, sklera ikterik, akral hangat, CRT >3 detik, TD 120/80 mmhg, N 85 x/menit, RR 20 x/menit, SpO₂ 99 %.

Assesment : masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi

Planning : intervensi 1,2,3,4, 5, 6 dilanjutkan

1. Memonitor sirkulasi perifer (nadi, pernafasan)
2. Memonitor elastisitas / turgor kulit
3. Monitor *capillary refill time*
4. Melayani pemberian makanan seperti nasi ikan sayur dan buah pisang
5. Kolaborasi pemberian transfusi darah bag II 16 tpm
6. memonitor reaksi alergi dengan hasil tidak ada alergi

Diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan berhubungan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Subjektif : klien mengatakan mual, kurang nafsu makan, cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sudah makan siang dengan jenis nasi, sayur, ikan dan buah pisang dengan ½ porsi dihabiskan.

Objektif : mukosa bibir kering

Assesment : masalah defisit nutrisi belum teratasi

Planning : intervensi 1 dan 3 dilanjutkan

1. Monitor asupan makanan
3. Anjurkan untuk makan selagi masih hangat.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Subjektif : klien mengatakan badan lemah, klien mengatakan tidur dari pukul 19.00-20.00 dan bangun pada pukul 07.00-08.00.

Objektif : klien tampak lemah, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, kekuatan otot ekstremitas lemah.

Assesment : masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi

Planing : intervensi 1,2,3,4 dilanjutkan

1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Memonitor pola dan jam tidur
3. Menganjurkan tirah baring
4. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap

c. Hari minggu, 26 juni 2022 jam 11.30

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Subjektif : klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar.

Objektif : klien tampak meringis, skala nyeri 3 (nyeri ringan)

Assesment : masalah nyeri akut sebagian teratasi

Planning : intervensi 1,2,3 dilanjutkan

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri
2. Mengidentifikasi skala nyeri
3. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
(teknik napas dalam)

Diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah

Subjektif : klien mengatakan pusing sudah berkurang, badan tidak lemah

Objektif : klien tidak pucat, akral hangat, konjungtiva tidak anemis, CRT <3 detik, Hb 10 g/dL.

Assesment : masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi

Planning : intervensi dihentikan

Diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan berhubungan faktor psikologis
(keengganan untuk makan)

Subjektif : klien mengatakan mual berkurang, nafsu makan mulai membaik, ,
klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis nasi, sayur, ikan dan buah
pisang dengan 1 porsi dihabiskan.

Objektif : mukosa bibir lembab

Assesment : masalah defisit nutrisi teratasi sebagian

Planning : intervensi 1 dan 3 dilanjutkan

1. Monitor asupan makanan
3. anjurkan untuk makan selagi hangat

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Subjektif : klien mengatakan badan lemah berkurang

Objektif : klien sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti makan, minum, berpindah posisi.

Assesment : masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian

Planning : intervensi 1, 2,3 dilanjutkan

1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Memonitor pola dan jam tidur
3. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap

B. Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan pada Nn.R.E dengan diagnosa medis Anemia menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan praktik (kasus nyata), yang ditemukan pada klien Nn.R.E di Ruang Penyakit Dalam I RSUD Ende.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Hasil pengkajian yang didapatkan dari klien Nn.R.E Pasien berumur 21 tahun dengan diagnosa medis Anemia ditemukan data klien Klien mengatakan badan lemah sejak 1 minggu yang lalu, pusing, mual, nyeri ulu hati, nyeri ketika belum makan, nyeri hilang timbul, skala nyeri 3 (nyeri ringan), nyeri seperti terbakar, klien sering terlambat makan, klien mengatakan kurang nafsu makan dan cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sering mengonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak, klien mengatakan sering tidur larut malam pukul 01.00-02.00, HTHP 8/6/2022, riwayat menstruasi 5 hari dan lancar, BAK 6-7 kali sehari namun produksi urin nya berkurang atau hanya sedikit, klien tampak pucat, konjungtiva anemis, sklera ikterik, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, akral teraba dingin, CRT >3 detik, Hb 7,0 g/dL,

kekuatan otot ekstremitas lemah, klien belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toileting, berpindah posisi.

Berdasarkan teori yang didapatkan pada pengkajian pasien anemia menurut Zuhra, Karina & Tirta (2020) menyebutkan manifestasi klinis anemia sebagai berikut cepat merasa lelah, lemah, sesak napas, pucat, pusing terutama saat berubah posisi, sakit kepala, jantung berdebar-debar, tangan terasa dingin, nyeri dada

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana data yang ditemukan pada kasus tidak ada nya sesak napas, Sakit kepala, jantung berdebar-debar, nyeri dada. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan manifestasi klinik pada Nn.R.E karena klien sudah mendapatkan pengobatan dan perawatan sebelumnya di Rumah Sakit pada tanggal 22 juni 2022 dan sudah mendapatkan terapi.

Studi kasus ini sesuai dengan studi kasus yang dilakukan oleh Kristina Ngole (2019) kepada Tn.A.S, dengan diagnosa medis Anemia di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z.Johanes Kupang dimana pada kasus tersebut tidak ditemukan adanya sesak napas, sakit kepala, jantung berdebar-debar, nyeri dada.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial.

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien Nn.R.E terdiri atas lima yaitu : 1) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, 2) perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin 3) defisit nutrisi berhubungan faktor psikologis (keengganan untuk makan). 4) intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. 5) defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Secara teori diagnosa keperawatan untuk kasus anemia ada 5 yaitu : 1) perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, 2) defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), 3) intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, 4) hipovolemik berhubungan dengan kekurangan intake cairan, 5) defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Berdasarkan hal tersebut maka ada kesenjangan antara teori dan kasus dimana pada kasus hanya ditemukan tiga diagnosa keperawatan yang sama dengan teori yaitu perfusi perifer tidak efektif , defisit nutrisi dan intoleransi aktivitas. Sedangkan diagnosa baru yang ditemukan pada kasus yang tidak ada teori adalah nyeri akut dan defisit pengetahuan. Untuk diagnosa hipovolemia tidak ditemukan nadi terasa lemah, suhu tubuh meningkat. Untuk diagnosa defisit perawatan diri tidak ditemukan menolak melakukan perawatan diri.

Studi kasus ini sesuai dengan studi kasus yang dilakukan oleh Kristina Ngole (2019) kepada Tn.A.S, dengan diagnosa medis Anemia di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z.Johanes Kupang dimana pada kasus tersebut ditemukan tiga diagnosa keperawatan seperti 1) perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin 2) defisit nutrisi 3) intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 4) defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan.

Rencana keperawatan dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan. Perencanaan disusun sesuai dengan kajian teori yang meliputi langkah-langkah penentuan tujuan. Semua intervensi yang ada pada teori juga terdapat pada kasus.

Namun untuk dua diagnosa baru seperti nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis terdapat 5 intervensi yaitu 1) identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri. 2) identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3) identifikasi skala nyeri 4) ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5) kolaborasi pemberian analgetik. Untuk diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang

terpapar informasi terdapat 3 intervensi yaitu : 1) ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, 2) jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan, 3) rekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet. Hal ini berarti ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Studi kasus ini sesuai dengan studi kasus yang dilakukan oleh Festy Trisnia kepada An.A.S, dengan diagnosa medis Anemia di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z.Johanes Kupang dimana pada kasus tersebut dilakukan intervensi seperti monitor status homeodinamik meliputi nadi dan tekanan darah, monitor adanya data-data laboratorium terkait kehilangan darah (hemoglobin, hematokrit), berikan produk darah yang diresepkan dokter, anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada rencana keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan intervensi pada klien Nn.R.E dapat dijalankan dengan baik karena didukung oleh sarana dan partisipasi dari klien dan keluarga. Berdasarkan intervensi yang direncanakan dalam intervensi pada kasus semua dilaksanakan dalam implementasi.

Pelaksanaan intervensi (Implementasi) yang dilakukan Teti Rahmawati (2018) dalam penelitiannya yang berjudul Mengatasi Anemia pada Remaja Putri di Keluarga dengan *Model HEMA Coach* (*Health Education, Modifikasi Perilaku, dan Coaching*) terhadap keluarga binaan melakukan health education dengan cara penyuluhan mengenai proses penyakit anemia dan mengajarkan cara melakukan pemeriksaan tanda dan gejala anemia. Harus banyak mengkonsumsi makanan yang kaya zat besi. Selain itu penanggulangan anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan pencegahan infeksi cacing dan pemberian tablet Fe yang dikombinasikan dengan vitamin C. *Health education* mengenai manajemen nutrisi serta mengajarkan cara menyusun menu terutama untuk remaja yang mengalami anemia. Mendiskusikan cara melakukan modifikasi perilaku yang akan dilakukan terkait asupan nutrisi (pengaturan frekuensi dan waktu makan, jenis makanan yang dikonsumsi, jumlah porsi makan, dan kebiasaan makan), aktifitas fisik, dan istirahat tidur.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Untuk masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar, klien tampak meringis, skala nyeri 3 (nyeri ringan). Untuk masalah

keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, klien mengatakan pusing sudah berkurang, badan tidak lemah, klien tidak pucat (-), akral hangat, konjungtiva tidak anemis, CRT <3 detik, Hb 10 g/dL. Untuk masalah defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), klien mengatakan mual berkurang, nafsu makan mulai membaik, klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis nasi, sayur, ikan dan buah pisang dengan 1 porsi dihabiskan, mukosa bibir lembab. Untuk masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, klien mengatakan badan lemah berkurang, klien sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri. Untuk masalah defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, klien mengatakan akan mengubah perilakunya untuk mengurangi mengkonsumsi beras, klien mengatakan akan merubah pola tidurnya untuk tidak tidur larut malam, klien mengatakan akan makan secara teratur, klien tampak mengerti apa yang dianjurkan perawat.

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan pada catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Nn.R.E hari pertama untuk masalah nyeri akut belum teratasi, masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi dan masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. Untuk masalah keterbatasan studi kasus, dalam studi kasus ini terdapat hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus, kesulitan untuk mencari referensi sebagai bahan acuan teori.

Implikasi untuk keperawatan yaitu beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini, diantara lain : 1. Sebagai pendidik: memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi nyata ditemukan perawat menjelaskan kurang dimengerti klien dari segi fasilitas maupun isinya. 2. Sebagai advokad : tindakan perawat dalam mencapai suatu kepentingan klien atau bertindak untuk atau untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan. Pada studi kasus nyata ditemukan perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan. 3. Sebagai pemberi perawatan : memberikan perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus yaitu ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung pada pasien Nn.R.E.

Studi kasus ini sesuai dengan studi kasus yang dilakukan Kristina Ngole (2019) kepada Tn.A.S, dengan diagnosa medis Anemia di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z.Johanes Kupang dimana pada kasus tersebut dilakukan evaluasi dengan hasil pasien mengatakan tidak merasa lemah dan tidak pusing, konjungtiva tidak anemis, mukosa bibir tidak tampak pucat, CRT <3 detik.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dari studi kasus pada klien Nn.R.E dan didukung oleh tinjauan teoritis maka dapat ditarik kesimpulan bahwa :

1. Data pengkajian pada pasien Nn.R.E. dengan diagnosa medis Anemia ditemukan data hampir semuanya sesuai dengan yang ada diteori. Klien mengatakan klien mengatakan badan terasa lemah, mual, pusing, nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar, skala nyeri : 3 (nyeri ringan), klien mengatakan kurang nafsu makan dan cepat saat makan, klien mengatakan sering mengkonsumsi beras dalam jumlah yang banyak, HTHP 8/6/2022, riwayat menstruasi 5 hari dan lancar, BAK 6-7 kali sehari namun produksi urin nya berkurang atau hanya sedikit, klien tampak pucat, konjungtiva anemis, sklera ikterik, klien tampak lemah, klien tampak meringis, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, akral teraba dingin, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, kekuatan otot ekstremitas lemah, CRT > 3 detik, HB = 7.0 g/dL , HCT = 25.1 % , LYMPH = 21,4 - [%], MCH = 16,7 - [pg], MCV =59.8, MCHC = 27.9, RDW-CV = 20.4% . TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/mnt , RR 20x/mnt, Suhu 35,7.0 °C , BB 43 kg , TB 160 cm. Setelah data dikumpulkan kemudian dianalisa ditemukan masalah keperawatan yaitu nyeri akut,

perfusi perifer tidak efektif, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan.

2. Terdapat lima diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Nn.R.E.D yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
3. Semua intervensi telah direncanakan sesuai dengan masing-masing di diagnosa dan dilaksanakan dengan kemampuan perawat serta kesepakatan dengan pasien dan keluarga. Untuk diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dilakukan rencana tindakan sebagai berikut : 1) identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri. 2) identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3) identifikasi skala nyeri 4) ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5) kolaborasi pemberian analgetik. Untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah dilakukan rencana tindakan sebagai berikut : 1) periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, suhu) 2) monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 3) monitor *capillary refill time* 4) monitor tanda-tanda vital 5) monitor elastisitas atau turgor kulit 6) rekomendasikan resep makanan

yang sesuai dengan diet 7) kolaborasi pemberian transfusi darah. Untuk diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan aktor psikologis (keengganan untuk makan) dilakukan rencana tindakan keperawatan sebagai berikut : 1) monitor asupan makanan, 2) identifikasi makanan yang disukai, 3) anjurkan untuk makan selagi masih hangat. Untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dilakukan rencana tindakan sebagai berikut : 1) identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) monitor pola dan jam tidur 3) anjurkan tirah baring 4) anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Untuk diagnosa defisit pengetahuan dilakukan rencana tindakan keperawatan sebagai berikut : 1) ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, 2) jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan, 3) rekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet.

4. Implementasi keperawatan telah dilaksanakan dengan baik berkat kerjasama dan peran serta klien, keluarga dan didukung oleh ketaatan penderita dalam mengkonsumsi obat Anemia secara teratur. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan selama 3x24 jam terhadap klien Nn.R.E diperoleh hasil bahwa masalah nyeri akut sebagian teratasi, perfusi perifer tidak efektif teratasi, defisit nutrisi sebagian teratasi, intoleransi aktivitas sebagian teratasi, defisit pengetahuan teratasi
5. Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan/kriteria hasil yang telah

ditetapkan, dilakukan dengan berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Evaluasi keperawatan untuk masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar, klien tampak meringis, skala nyeri 3 (nyeri ringan). Untuk masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, klien mengatakan pusing sudah berkurang, badan tidak lemah, klien tidak pucat, akral hangat, konjungtiva tidak anemis, CRT <3 detik, Hb 10 g/dL. Untuk masalah defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), klien mengatakan mual berkurang, nafsu makan mulai membaik, klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis nasi, sayur, ikan dan buah pisang dengan 1 porsi dihabiskan, mukosa bibir lembab. Untuk masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, klien mengatakan badan tidak lemah, klien sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti makan, minum, berpindah posisi namun untuk mandi, berpakaian, dan toileting klien membutuhkan bantuan orang lain. Untuk masalah defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi klien mengatakan akan mengubah perilakunya untuk mengurangi konsumsi beras, klien mengatakan akan merubah pola tidurnya untuk tidak tidur larut malam, klien mengatakan akan makan secara teratur, klien tampak mengerti apa yang dianjurkan perawat.

B. Saran

1. Bagi Klien

Agar selalu memperhatikan pola hidup yang sehat dan teratur untuk berobat dan mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

2. Bagi Institusi pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dan praktek laboratorium yang efektif.

3. Bagi Peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai tambahan referensi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kasus Anemia.

4. Bagi Perawat

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada klien dengan Anemia.

DAFTAR PUSTAKA

- Bachrudin, M dan Najib, M. (2016). Keperawatan Medikal Bedah 1 (Ist ed.; H. Purwanto, Ed.). Jakarta Selatan; Pusdik SDM kesehatan.
- Bakta, I.M. (2017). *Hematologi Klinik Ringkas*. Jakarta : EGC
- Dinas Kesehatan Kota Kabupaten Ende, (2020), *Profil Kesehatan Kota Kabupaten Ende Tahun 2020*, Ende: Dinas Kesehatan Kabupaten Ende.
- Festy, Trisna. (2018). Asuhan Keperawatan kepada An.A.S, dengan diagnosa medis Anemia di ruangan Kenanga RSUD Prof.Dr. W.Z. Johannes Kupang.
- Ida,M. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Jakarta: Pustaka Baru Press.
- Jitowiyono, Sugeng.(2018). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Hematologi. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Kardiyudiani, Ni Ketut & susanti, Briggita, A.Y. (2019). Keperawatan Medikal Bedah 1. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru
- Kemenkes, RI. (2018). Buku Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS). Jakarta :Direktoral Jenderal Kesehatan Masyarakat.
- Kristina, Ngole. (2019). Asuhan Keperawatan Kepada Tn.A.S dengan diagnosa medis Anemia di ruangan Komodo RSUD Prof.Dr. W.Z. Johannes Kupang.
- Mairitia, Arifin, S., & Fadilah, N. A. (2018). Hubungan status gizi dan pola haid dengan kejadian anemia pada remaja. *Berkala Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 1 (1), 1-5.
- Mitah, S.A. (2019). Jurnal Keperawatan galuh Hubungan Konsumsi Tablet Fe Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Di Desa Baregbeg Wilayah Kerja Puskesmas Berebeg Kabupaten Ciamis Tahun 2018.
- Narsih, U., & Nova, H. (2020). Pengaruh Persepsi Kerentanan dan Persepsi Manfaat terhadap Perilaku remaja putri dalam pencegahan Anemia. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 4 (1), 25-30.

- Riskesdas Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. <https://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi-rakorpop-2018/Hasil%Riskesdas%2018.pdf-Diakses>
- SDKI DPP PPNI, (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik (1 st ed). Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia
- SIKI DPP PPNI,(2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (1 st ed). Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia
- SLKI DPP PPNI, (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1 st ed). Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia
- Simamora, D., Kartasurya, M. I., & Pradigdo, S. F. (2018). Hubungan asupan energi, makro dan mikronutrien dengan tekanan darah pada usia lanjut. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(1), 426-435
- Teti Rahmawati, Case Study dalam Mengatasi Anemia pada Remaja Putri di Keluarga dengan Model HEMA Coach (Health Education, Modifikasi Perilaku, Coaching); *Faletehan health Journal*, 5 (2) (2018) 61 – 68, <https://journal/Ippm-stikesfas.ac.id> ISSN 2088-673X
- Togatorop LB, Mawarti H, Saputra BA, Elon Y, Malianti E, Manalu NV, Faridah U (2021) *Keperawatan Sistem Imun dan hematologi*. Yayasan Kita Menulis.
- Triwarni, C., Hartini, T. N. S., & Susilo, J. (2017). Hubungan status gizi dengan kejadian anemia gizi besi (AGB) pada siswi SMA di Kecamatan Pakem. *Jurnal Nutrisia*, 19 (1), 61-67.
- Zuhrah Taufiq, Karina Rahmadia Ekawidyani, Tirta Pratita. (2020). *Aku Sehat Tanpa Anemia : Buku Saku Anemia untuk Remaja Putri*. Wonderland Publisher.

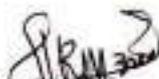
INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai Proposal Karya Tulis Ilmiah yang akan dilakukan oleh Theresia Hilda Anggo Jata dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Masalah Utama Anemia di RPD I & II RSUD Ende”.

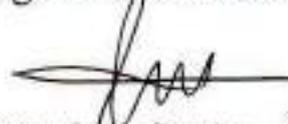
Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende..24, Juni 2022

Saksi


(R. Sri Paloma Senggo)

Yang Memberi Persetujuan


(R. Rosalia Enrika Dhafe)

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NN.R.E DENGAN DIAGNOSA MEDIS

ANEMIA DI RPD I RSUD ENDE

A. Pengkajian

1. Pengumpulan data

a. Identitas

1) Identitas pasien

Nama	: Nn.R.E
Tanggal lahir	: 21 Mei 2001
Jenis kelamin	: Perempuan
Umur	: 21 tahun
Agama	: Katolik
Pendidikan	: Mahasiswa
Alamat	: Jl. Samratulangi
No RM	: 111472
Tanggal masuk RS	: 22 juni 2022

2) Identitas penanggung jawab

Nama : Ny.R.S
Umur : 57 tahun
Hubungan dengan klien : Ibu kandung
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Samratulangi
Waktu dan tanggal pengobatan : 22 juni 2022

Obat-obat yang terakhir didapat

No.	Nama Obat	Dosis
1	Omeprazole	40 mg /IV
2	Furosemide	10 mg/IV
3	Chlorpheniramine maleate	4 mg 3x1

b. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan utama : Klien mengatakan badan lemah, pusing.
- 2) Riwayat kesehatan sekarang : Klien mengatakan badan lemah sejak 1 minggu yang lalu, pusing , mual, nyeri ulu hati, nyeri ketika belum makan, nyeri hilang timbul, skala nyeri 3 (nyeri ringan), nyeri seperti terbakar, klien sering terlambat makan, klien mengatakan kurang nafsu makan dan cepat kenyang saat makan, Klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak, klien mengatakan sering tidur larut malam pukul 01.00-02.00, HTHP 8/6/2022, riwayat menstruasi 5 hari dan lancar, BAK 6-7 kali sehari namun produksi urin nya berkurang atau hanya sedikit, klien tampak pucat, konjungtiva

anemis, sklera ikterik, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, akral teraba dingin, CRT >3 detik, Hb 7,0 g/dL, kekuatan otot ekstremitas lemah, klien belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toileting, berpindah posisi.

- 3) Riwayat penyakit dahulu : Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit lambung
- 4) Riwayat penyakit keluarga : Klien mengatakan anggota keluarganya (Bapak) mempunyai riwayat penyakit Hipertensi.

c. Pengkajian Perpol

- 1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan bahwa kesehatan itu penting, klien mengatakan bahwa penyebab penyakit yang dideritanya dikarenakan kelalaian klien sendiri seperti terbiasa tidur larut malam dan juga sering menunda waktu untuk makan. Klien juga sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak, klien mengatakan ketika sakit jarang memeriksakan diri ke Klinik, Puskesmas dan Rumah Sakit.

- 2) Pola Nutrisi metabolik

Klien mengatakan sebelum sakit klien makan 2-3 kali sehari jenis makanan seperti nasi, sayur dan ikan dengan ½ porsi dihabiskan. Klien mengatakan ulu hatinya nyeri ketika belum makan. Klien juga mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak. Klien mengatakan sering minum air sekitar 5-8 gelas/ 2000 cc perhari. Saat sakit klien mengatakan makan 3 kali sehari dengan jenis

seperti nasi, sayur, ikan dan buah, ½ porsi dihabiskan. Klien mengatakan cepat merasa kenyang saat makan. klien mengatakan kurang nafsu makan.

3) Pola eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit, klien BAB 1-2 kali sehari, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB. Sedangkan BAK klien bisa dengan 3-4 kali sehari warna kuning keruh, bau khas. Saat ini klien BAB 1 kali sehari, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK saat ini 6-7 kali sehari namun produksi urin nya berkurang atau hanya sedikit, warna kuning keruh, bau khas dan tidak ada keluhan saat BAK.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan sebelum sakit klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, Toileting, berpindah, makan dan minum, melakukan kegiatan seperti biasa dikampus. Saat ini aktivitas klien seperti mandi, toileting, berpakaian, berpindah dibantu oleh orang lain/keluarga.

5) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasanya tidur pukul 01-02 pagi dan klien bangun pada pukul 9-10 pagi. Klien jarang tidur siang . saat ini klien mengatakan klien tidur mulai jam 19.00 – 20.00 dan bangun pada pukul 07.00-08.00.

6) Pola kognitif dan persepsi.

Klien mengatakan tidak mempunyai gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman, dan peraba. Daya ingat klien baik, klien mampu mengingat kejadian jangka panjang maupun jangka pendek.

7) Pola Persepsi- konsep diri

Citra tubuh : klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya.

Identitas diri : klien menyadari bahwa dirinya adalah seorang perempuan

Peran : klien adalah seorang anak dan sebagai mahasiswa.

Ideal diri : klien berharap agar cepat pulih dan sehat kembali agar bisa kembali melakukan aktivitas seperti biasa.

Harga diri : klien mengatakan ketika dirawat di Rumah Sakit, klien merasa sangat dihargai oleh Dokter dan Perawat.

8) Pola peran dan hubungan

Klien mengatakan bahwa hubungan sosial di dalam masyarakat dan lingkungan kampus cukup baik.

9) Pola Reproduksi – Seksualitas

Klien mengatakan tidak memiliki gangguan pada alat reproduksinya.

10) Pola Nilai-Kepercayaan

Klien mengatakan menganut agama Katolik, setiap hari minggu dan hari raya selalu ke Gereja.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : composmentis

Respon Eye : 4

Respon verbal : 5

Respon motorik : 6 +

Total GCS = 15

2) Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 110/60 mmHg,

Nadi : 113 x/menit,

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 35.7°C

SpO₂ : 100 %.

3) Berat badan : 43 kg

Tinggi badan : 157 cm.

Indeks massa tubuh : $\frac{BB}{TB \times TB \text{ m}^2}$

$$IMT = \frac{43 \text{ Kg}}{(1,60 \times 1,60) \text{ m}^2} = \frac{43}{2,56} = 16,79 \text{ (Berat badan kurang)}$$

Standar:

< 20 : Berat badan kurang

20 – 25 : Berat normal

25 – 30 : Berat badan lebih

>30 : Obesitas

Berat badan ideal : [Tb-100] – [(Tb – 100) x 15 %]

BBI = [160 – 100] – [(160 – 100) x 15 %]

$$= 60 - 9$$

= 51 kg

4) Keadaan fisik

- a) Kepala : tampak bersih, rambut hitam, tidak ada nyeri tekan.
- b) Wajah : tampak pucat, mata : simetris, kongjungtiva anemis, sklera ikterik
- c) Telinga : bentuk simetris, tidak ada serumen, tidak ada lesi.
- d) Hidung : tidak ada secret.
- e) Mulut : mukosa bibir kering.
- f) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.
- g) Dada : bentuk simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas, irama napas teratur.
- h) Abdomen : tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan.
- i) Ekstremitas atas : jari tangan lengkap, kekuatan otot ekstremitas lemah, akral teraba dingin, terpasang darah bag I 20 tpm
Ekstremitas bawah : jari tangan lengkap, kekuatan otot ekstremitas lemah.

e. Keluhan subyektif (Nyeri)

P: klien mengatakan nyeri ketika belum makan

Q: Nyeri seperti terbakar

R : nyeri ulu hati

S : skala nyeri 3 (nyeri ringan)

T : klien mengatakan nyeri hilang timbul

f. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah lengkap	Hasil	Nilai normal
WBC	5.37 [10 ³ /uL]	(3.60 - 11.00)
LYMPH#	1.15 [10 ³ /uL]	(1.00 - 3.70)
MONO#	0.28 [10 ³ /uL]	(0.00 - 0.70)
EO#	0.17 [10 ³ /uL]	(0.00 - 0.40)
BASO#	0.03 [10 ³ /uL]	(0.00 - 0.10)
NEUT#	3.74 [10 ³ /uL]	(1.50 - 7.00)
LYMPH%	21.4 [%]	(25.0 - 40.0)
MONO%	5.2 [%]	(2.0 - 8.0)
EO%	3.2 [%]	(2.0 - 4.0)
BASO%	0.6 [%]	(0.0 - 1.0)
NEUT%	69.6 [%]	(50.0 - 70.0)
IG#	0.01 [10 ³ /uL]	(0.00 - 7.00)
IG%	0.2 [%]	(0.0 - 72.0)
RBC	4.20 [10 ⁶ /uL]	(3.80 - 5.20)
HGB	7.0 - [g/dL]	(11.7 - 15.5)
HCT	25.1 - [%]	(35.0 - 47.0)
MCV	59.8 - [fL]	(80.0 - 100.0)
MCH	16.7 - [pg]	(26.0 - 34.0)
MCHC	27.9 - [g/dL]	(32.0 - 36.0)
RDW-SD	42.2 [fL]	(37.0 - 54.0)

RDW-CV	20.4 + [%]	(11.5 – 14.5)
PLT	365 [10 ³ /uL]	(150- 440)
MPV	----- [fL]	(9.0 – 13.0)
PCT	----- [%]	(0.17 – 0.35)
PDW	----- [fL]	(9.0 – 17.0)
P-LCR	----- [%]	(13.0 – 43.0)

2. Tabulasi data

Klien mengatakan badan terasa lemah, pusing, mual, nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar, skala nyeri : 3 (nyeri ringan),klien mengatakan nafsu makan menurun dan cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah mentah) dalam jumlah yang banyak, klien tampak pucat, konjungtiva anemis, sklera ikterik, klien tampak lemah, klien tampak meringis, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, akral teraba dingin, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toleting, berpindah posisi, kekuatan otot ekstremitas lemah, CRT > 3 detik, HB = 7.0 g/dL , HCT = 25.1 % , MCV =59.8, MCH = 16,7 –[pg], MCHC = 27.9, LYMPH = 21,4 – [%], TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/mnt , RR 20x/mnt, Suhu 36.0 °C , BB 43 kg , TB 160 cm, IMT 16,79 (Berat badan kurang), Berat badan ideal 51 kg, terpasang darah bag I 20 tpm.

3. Klasifikasi data

DS : Klien mengatakan badan terasa lemah, pusing, nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar, nyeri ketika belum makan, nafsu makan menurun, cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sering terlambat makan, klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak, klien mengatakan sering tidur larut malam pukul 01.00-02.00.

DO : Klien tampak pucat, konjungtiva anemis, sklera ikterik, klien tampak lemah, klien tampak meringis, skala nyeri : 3 (nyeri ringan) , mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, akral teraba dingin, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toleting, berpindah posisi , kekuatan otot ekstremitas lemah, klien tampak belum mengetahui tentang penyakitnya, CRT > 3 detik, HB = 7.0 g/dL , HCT = 25.1 % , MCV =59.8, MCH = 16,7 –[pg], MCHC = 27.9, LYMPH = 21,4 – [%]. TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/mnt , RR 20x/mnt, Suhu 36.0 °C , BB 43 kg, TB 160cm, IMT 16,79 (Berat badan kurang), Berat badan ideal 51 kg, terpasang darah bag I 20 tpm.

4. Analisa data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1	DS : klien mengatakan nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar. DO : klien tampak meringis, skala nyeri : 3 (nyeri ringan). TD 110/60 mmHg, Nadi 113x/menit, RR 20	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut

x/menit, Suhu 35.7 °c,
SpO₂ 100%.

2	<p>DS : klien mengatakan pusing, badan lemah.</p> <p>DO : klien tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis, sklera ikterik, turgor kulit menurun, CRT > 3 detik, TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35,7 °C , SpO₂ 100%, HB = 7.0 g/dL , HCT = 25.1 % , LYMPH = 21,4 -[%], MCH = 16,7-[pg], MCV =59.8, MCHC = 27.9, RDW-CV = 20.4% .</p>	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif</p>
3	<p>DS : klien mengatakan mual, nafsu makan menurun, cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak.</p> <p>DO : mukosa bibir , kering, BB 43 kg, Tb 160 cm, IMT 16,79 (BB kurang), Berat badan ideal 51 kg</p>	<p>Faktor psikologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>Defisit nutrisi</p>

4	<p>DS : klien mengatakan badan lemah</p> <p>DO : klien tampak lemah, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, toileting, berpindah posisi. Kekuatan otot ekstremitas lemah. TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35,7 °C , SpO₂ 100%</p>	<p>Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
5	<p>DS : klien mengatakan sering mengkonsumsi beras(nasi mentah) dalam jumlah yang banyak, klien sering terlambat makan, klien sering tidur larut malam pukul 01.00-02.00.</p> <p>DO : klien tampak belum mengetahuin tentang penyakitnya</p>	<p>Kurang terpapar informasi</p>	<p>Defisit pengetahuan</p>

5. Prioritas masalah

- a. Nyeri akut
- b. Perfusi perifer tidak efektif
- c. Defisit nutrisi
- d. Intoleransi aktivitas
- e. Defisit pengetahuan

B. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

DS :klien mengatakan nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar.

DO : klien tampak meringis, skala nyeri : 3 (nyeri ringan). TD 110/60 mmHg, Nadi 113x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35.7 °C, SpO₂ 100%.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah ditandai dengan :

DS : klien mengatakan pusing, badan lemah.

DO : klien tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis, sklera ikterik, turgor kulit menurun, CRT > 3 detik, TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35,7 °C , SpO₂ 100%, HB = 7.0 g/dL , HCT = 25.1 % , LYMPH = 21,4-[%], MCV =59.8, MCHC = 27.9, RDW-CV = 20.4%.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan :

DS : Klien mengeluh mual, nafsu makan menurun, cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah mentah) dalam jumlah yang banyak

DO : mukosa bibir kering, BB 43 kg, TB 160cm, IMT 16,79 (Berat badan kurang), Berat badan ideal 51 kg.

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan :

DS : klien mengatakan badan lemah .

DO : klien tampak lemah, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, toileting, berpakaian, berpindah posisi, kekuatan otot ekstremitas lemah. TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35,7 °C , SpO₂ 100%.'

5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

DS : Klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak, klien mengatakan sering terlambat makan, klien mengatakan sering tidur larut malam pada pukul 01.00-02.00.

DO : klien tampak belum mengetahui tentang penyakitnya

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi ditandai dengan</p> <p>DS : klien mengatakan nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar.</p> <p>DO : klien tampak meringis, skala nyeri : 3 (nyeri ringan). TD 110/60 mmHg, Nadi 113x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35.7 °c, SpO₂ 100%.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. skala nyeri : 0 (tidak nyeri) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri. 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Identifikasi skala nyeri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgetik
2	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah ditandai dengan:</p> <p>DS : klien mengatakan pusing, badan lemah.</p> <p>DO : klien tampak pucat, akral</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Warna kulit pucat menurun 2. Pengisian kapiler membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer(mis. nadi perifer, suhu) 2. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 3. Monitor <i>capillary refill time</i> 4. Monitor tanda-tanda vital 5. Monitor elastisitas atau turgor kulit

teraba dingin, konjungtiva anemis,
sklera ikterik, turgor kulit menurun,
CRT > 3 detik, TD 110/60 mmHg,
Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit,
Suhu 35,7 °C , SpO₂ 100%, HB =
7.0 g/dL , HCT = 25.1 % ,LYMPH
= 21,4-[%], MCH = 16,7-[PG],
MCV =59.8, MCHC = 27.9, RDW-
CV = 20.4% .

3. Akral membaik
4. TD membaik.

6. Rekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet
7. Kolaborasi pemberian transfusi darah.

3	<p>DS : Klien mengeluh mual, nafsu makan menurun, cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah mentah) dalam jumlah yang banyak</p> <p>DO : mukosa bibir kering, BB 43 kg, TB 160cm, IMT 16,79 (Berat badan kurang), Berat badan ideal 51 kg</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan cepat kenyang menurun 2. Nafsu makan membaik 3. Membran mukosa membaik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan makanan 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Anjurkan untuk makan selagi masih hangat
4	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan :</p> <p>DS : klien mengatakan badan lemah</p> <p>DO : klien tampak lemah, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi,</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari- 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Anjurkan tirah baring 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

toiletinf, berpakaian, berpindah hari.
posisi, kekuatan otot ekstremitas
lemah. TD 110/60 mmHg, Nadi
113 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu
35,7 °C , SpO₂ 100%

- 5 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :
DS : Klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam jumlah yang banyak, klien mengatakan sering terlambat makan, klien mengatakan sering tidur larut malam pada pukul 01.00-02.00.
DO : klien tampak belum
- Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil :
1. Perilaku sesuai anjuran meningkat
 2. persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.
1. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat,
 2. jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan
 3. Rekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet.
-

mengetahui tentang penyakitnya

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No.	Hari/tanggal	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
				Dx
1	Jumat , 24 juni 2022	09.00 09.10 09.15	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri Hasil : nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar.</p> <p>2.Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 3 (nyeri ringan).</p> <p>3.Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik napas dalam). Hasil : klien mampu melakukan teknik napas dalam dengan benar.</p>	<p>Jam 13.30 S : klien mengatakan masih terasa nyeri pada ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar. O : klien tampak meringis, skala nyeri 3 (nyeri ringan) A : masalah nyeri akut belum teratasi P : Intervensi 1 , 2, 3 dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik napas dalam).
2	Jumat, 24 juni 2022	Jam 09.20	<p>1.Memonitor sirkulasi perifer (Nadi, pernafasan) Hasil : Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit.</p>	<p>S : klien mengatakan pusing , badan lemah O : klien tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis, sklera ikterik, CRT > 3</p>

			<p>2.Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 35,7 °C , SpO₂ 100%.</p> <p>3.Memonitor elastisitas / turgor kulit Hasil : turgor kulit menurun. memonitor CRT Hasil CRT >3 detik.</p> <p>4.Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet makanan yang mengandung kadar besi (daging, sayuran hijau , kacang- kacangan). Hasil : klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis makanan seperti nasi, sayur, ikan, dan buah pisang.</p>	<p>detik, TD 110/60 mmHg, Nadi 113 x/menit, Suhu 36,0 °c, RR 20 x/menit.</p> <p>A : masalah Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: intervensi 1,2,3,4,5dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor sirkulasi perifer (nadi, pernapasan) 2. Memonitor tanda-tanda vital 3. Memonitor <i>capillary refil time</i> 4. Memonitor elastisitas atau turgor kulit 5. Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet (makanan yang mengandung zat besi seperti daging, sayuran hijau dan kacang-kacangan).
3	Jumat, 24 juni 2022	09.21	<p>1. Memonitor asupan makanan Hasil : klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis makanan seperti nasi, sayur, ikan dan buah pisang.</p> <p>2.Identifikasi makanan yang disukai dengan</p>	<p>S : klien mengatakan mual, nafsu makan menurun, cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sering mengkonsumsi beras (nasi mentah mentah) dalam jumlah yang banyak.</p> <p>Klien mengatakan sudah makan siang dengan</p>

			<p>Hasil : klien mengatakan sering jenis nasi, sayur, ikan dan buah pisang dengan ½ mengkonsumsi beras (nasi mentah) dalam porsi dihabiskan. jumlah yang banyak.</p> <p>3. Anjurkan untuk makan selagi masih hangat.</p>	<p>O : mukosa bibir kering</p> <p>A : masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1 dan 3 dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan makanan 2. Menganjurkan makan selagi hangat
4	Jumat, 24 juni 2022	09.30	<p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>Hasil : klien mengatakan badannya terasa lemah sejak 1 minggu, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri.</p> <p>2. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>Hasil : klien mengatakan biasanya tidur pada pukul 01.00 – 02.00 dini hari dan bangun pada pukul 09.00 – 10.00 pagi.</p> <p>3. Menganjurkan tirah baring, menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap.</p>	<p>S : klien mengatakan badan lemah</p> <p>O : klien tampak lemah, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, kekuatan otot ekstremitas lemah</p> <p>A : masalah intoleransi aktifitas belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1, 2, 3, 4 dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Menganjurkan tirah baring 4. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap.

5	Jumat, 24 juni 2022	09.33	<p>1.Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (pola tidur, makan yang teratur, resiko mengkonsumsi beras dalam jumlah banyak)</p> <p>Hasil : klien mengatakan akan mengatur pola tidurnya, makan teratur dan tidak mengkonsumsi beras mentah.</p> <p>2.Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>Hasil : klien tampak mengerti apa yang dijelaskan perawat.</p> <p>3.Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet seperti makanan yang mengandung zat besi (daging, sayuran hijau dan kacang-kacangan)</p> <p>Hasil : klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis makanan seperti nasi, sayur, ikan, dan buah pisang</p>	<p>S : klien mengatakan akan mengubah perilakunya untuk mengurangi mengkonsumsi beras, klien mengatakan akan merubah pola tidurnya untuk tidak tidur larut malam, klien mengatakan akan makan secara teratur.</p> <p>O : klien tampak mengerti apa yang dianjurkan perawat</p> <p>A : masalah defisit pengetahuan teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>
---	------------------------	-------	--	--

No.	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
Dx				
1	Sabtu, 25 juni 2022	09.00	<p>1.Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri</p> <p>Hasil : nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar, klien tampak meringis.</p> <p>2.Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Hasil : skala nyeri 3 (nyeri ringan).</p> <p>3.Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (napas dalam)</p> <p>Hasil : klien dapat melakukan teknik napas dalam dengan benar.</p>	<p>S : klien mengatakan masih nyeri pada ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar.</p> <p>O : klien tampak meringis, skala nyeri 3 (nyeri ringan)</p> <p>A : masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1, 2, 3, dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
2	Sabtu, 25 juni 2022	09.15	<p>1.Memonitor sirkulasi perifer (Nadi, pernafasan)</p>	<p>S : klien mengatakan pusing, badan lemah</p> <p>O : klien tampak pucat, konjungtiva anemis,</p>

			<p>Hasil : TD 120/80 mmHg, Nadi 85 x/menit, RR 20 x/menit.</p> <p>2.Memonitor elastisitas / turgor kulit</p> <p>Hasil : turgor kulit menurun.</p> <p>3.Monitor <i>capillary refill time</i></p> <p>Hasil : CRT >3 detik.</p>	<p>sklera ikterik, akral hangat, CRT >3 detik</p> <p>A : masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4, 5, 6 dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor sirkulasi perifer (nadi,pernapasan)
	12.00		4.Melayani pemberian makanan seperti nasi ikan sayur dan buah pisang.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor elastisitas/turgor kulit 3. Memonitor <i>capillary refill time</i>
	08.00		5.Kolaborasi pemberian transfusi darah bag II 16 tpm	4. Melayani pemberian makanan seperti nasi, ikan, sayur dan buah pisang
	08.10		6.Memonitor reaksi alergi	5. Kolaborasi pemberian transfusi darah bag II 16 tpm
	08.15		Hasil :tidak ada alergi	
			7. Menaikan tetesan darah 20 tpm.	6. Memonitor reaksi alergi
3	Sabtu, 25 juni 2022	09.20	<p>1. Monitor asupan makanan dengan hasil : klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis makanan seperti nasi, sayur, ikan dan buah pisang.</p> <p>2. Anjurkan untuk makan selagi masih hangat.</p>	<p>S : klien mengatakan mual, kurang nafsu makan, cepat kenyang saat makan, klien mengatakan sudah makan siang dengan jenis nasi, sayur, ikan dan buah pisang dengan ½ porsi dihabiskan.</p> <p>O : mukosa bibir kering</p> <p>A : masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1 dan 3 dilanjutkan</p>

				<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan makanan 3. Anjurkan untuk makan selagi masih hangat.
4	Sabtu, 25 jui 2022	09.25	<p>1.Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : klien mengatakan badan masih lemah, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri.</p> <p>2.Memonitor pola dan jam tidur Hasil : klien mengatakan bisa tidur dengan cepat pada pukul 19.00- 20.00 dan bangun pada pukul 07.00-08.00 pagi.</p> <p>3.Menganjurkan tirah baring Hasil : klien mengatakan akan lebih banyak beristirahat.</p> <p>4.Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : klien mengatakan akan melakukan aktivitas secara bertahap.</p>	<p>S: klien mengatakan badan lemah, klien mengatakan tidur dari pukul 19.00-20.00 dan bangun pada pukul 07.00-08.00.</p> <p>O : klien tampak lemah, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, kekuatan otot ekstremitas lemah.</p> <p>A : masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4 dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Menganjurkan tirah baring 4. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap

No.Dx	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Minggu, 26 juni 2022	09.00	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri</p> <p>Hasil : klien mengatakan masih nyeri ulu hati, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar, klien tampak meringis.</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Hasil skala nyeri 3 (nyeri ringan).</p> <p>3. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik napas dalam)</p> <p>Hasil : klien mampu melakukan teknik napas dalam dengan benar.</p>	<p>Jam 11.30</p> <p>S : klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar.</p> <p>O: klien tampak meringis, skala nyeri 3 (nyeri ringan)</p> <p>A: masalah nyeri akut sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2,3 dilanjutkan</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik napas dalam)</p>
2	Minggu, 26	09.15	1. Memonitor sirkulasi perifer (nadi,	S : klien mengatakan pusing sudah berkurang,

juni 2022	<p>pernafasan) Hasil : Nadi 98 x/menit, RR 20 x/menit.</p> <p>2.Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD 120/80 mmHg , Nadi 98 x/menit, Suhu 36,5⁰C, RR 20 x/menit, SpO₂ 99%.</p> <p>3.Memonitor elastisitas / turgor kulit Hasil : turgor kulit elastis.</p> <p>4.Memonitor CRT Hasil CRT <3 detik.</p> <p>5.Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet (makanan yang mengandung zat besi seperti daging, sayuran hijau dan kacang-kacangan).</p>	<p>badan tidak lemah</p> <p>O : klien tidak pucat, akral hangat, konjungtiva tidak anemis, CRT <2 detik, Hb 10 g/dL</p> <p>A : masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
3 Minggu, 26 juni 2022	<p>09.25</p> <p>1.Monitor asupan makanan dengan hasil : klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis makanan seperti nasi, sayur, ikan dan buah pisang.</p> <p>2.Anjurkan untuk makan selagi masih hangat.</p>	<p>S: klien mengatakan mual berkurang, nafsu makan mulai membaik, klien mengatakan sudah makan pagi dengan jenis nasi, sayur, ikan dan buah pisang dengan 1 porsi dihabiskan.</p> <p>O : mukosa bibir lembab</p> <p>A : masalah defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi 1 dan 3 dilanjutkan</p>

				1. Monitor asupan makanan 3. Anjurkan untuk makan selagi hangat
4	Minggu, 26 juni 2022	09.30	<p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : klien mengatakan badan lemah berkurang. Klien bisa melakukan aktivitas secara mandiri.</p> <p>2. Memonitor pola dan jam tidur Hasil : klien mengatakan tadi malam klien tidur pukul 20.00 dan bangun pada pukul 07.00.</p> <p>3. Menganjurkan tirah baring.</p> <p>4. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap Hasil: klien mengatakan akan melakukan aktivitas secara bertahap.</p>	<p>S : klien mengatakan badan lemah berkurang O : klien sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri A : masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian P : intervensi 1, 2,3 dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Menganjurkan klien melakukan aktivitas secara bertahap

DOKUMENTASI



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Theresia Hilda Anggo Jata
Tempat/tanggal lahir : Odomau, 10 April 1997
Alamat : Mbomba, Desa Gheoghoma
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. SDK MBOMBA
2. SMPK FRATERAN NDAO ENDE
3. SMA NEGERI 1 ENDE

MOTTO

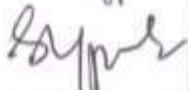
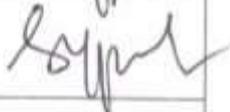
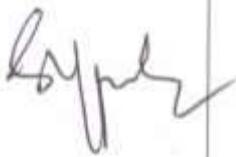
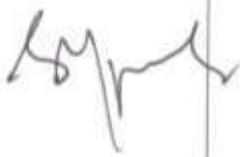
**“TIDAK ADA KESUKSESAN TANPA KERJA KERAS. TIDAK ADA
KEBERHASILAN TANPA KEBERSAMAAN. TIDAK ADA
KEMUDAHAN TANPA DOA”**

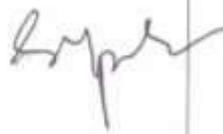
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPULIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

NAMA : Theresia Hilda Anggo Jata
 NIM : PO.530320219922
 PEMBIMBING UTAMA : Syaputra Artama S.Kep,Ns,M.Kep
 JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN
 NN.R.E DENGAN DIAGNOSA MEDIS
 ANEMIA DI RPD I RSUD ENDE

No	Hari/Tanggal	Hasil Konsul	TTD Pembimbing
1	Senin, 07 Februari 2022	PROPOSAL 1. Lapor diri ke pembimbing KTI 2. Mencari data untuk tiga kasus	
2	Rabu, 16 februari 2022	1. Mengajukan judul proposal 2. Judul proposal disetujui pembimbing 3. Menyusun Bab 1-3 dan memparaphrase dengan tidak mengubah maknanya	
3	Kamis, 10 maret 2022	1. Perbaikan latar belakang 2. Perbaikan cara pengetikan 3. Perbaikan penulisan referensi 4. Perbaikan tujuan umum 5. Perbaikan penulisan bahasa asing menggunakan italic/miring	
4	Rabu, 16	1. Perbaikan latar belakang	

	maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> 2. Perbaiki data Riskesdas 3. Gunakan sumber terbaru (5 tahun terakhir) 4. Tambahkan gambar pada klasifikasi/jenis anemia 5. Mencari sumber /referensi di Ebook 	
5	Selasa, 22 maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki data Riskesdas 2. Perbaiki penulisan daftar pustaka 	
6	Senin, 28 maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan kata pengantar 	
7	Selasa, 29 maret 2022	ACC	
8	Jumat, 24 juni 2022	<p>KTI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan studi kasus selama 3 hari 2. Perbaiki keluhan utama 3. Tambahkan data pada riwayat kesehatan sekarang 4. Tambahkan skala nyeri 	
9	Senin, 11 juli 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pada pengkajian per pola 2. Perbaiki pada pemeriksaan fisik 3. Perbaiki pada analisa data 	

10	Jumat, 22 juli 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaikan pada implementasi keperawatan 2. Perbaikan pengetikan 3. Gunakan huruf italic pada bahasa asing 	
11	Kamis, 4 agustus 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaikan pengetikan 2. Buat alinea dalam pembahasan 3. Tambahkan teori pada penelitian orang lain pada bagian pengkajian sampai evaluasi 	
12	Senin, 8 agustus 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan abstrak 2. Daftar pustaka 3. Lampiran 4. Perbaikan pengetikan 	
13	Jumat, 12 agustus 2022	<i>Perbaiki ujian akhir kti</i>	

Mengetahui



Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende

[Handwritten Signature]

Aris Wawomco, S. Kp, M.Kep, Ns, Sp, Kep.Kom

NIP. 19660114 199102 1 001

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSULTASI PENGUJI KTI

NAMA : Theresia Hilda Anggo Jata
NIM : PO.530320219922
PENGUJI UTAMA : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN
Nn.R.E DENGAN DIAGNOSA MEDIS ANEMIA
DI RPD I RSUD ENDE

No	Hari/Tanggal	Hasil Konsul	TTD Penguji
1	Rabu, 13 april 2022	PROPOSAL <ol style="list-style-type: none">1. Perbaikan gambar pada klasifikasi/jenis anemia dan mencari referensi pada buku sumber2. Perbaikan penulisan judul pada sampul depan3. Tambahkan riwayat penyakit	
2	Selasa, 7 juni 2022	ACC	
3	Senin, 22 agustus 2022	KTI <ol style="list-style-type: none">1. Data spesifik anemia pada kasus2. Jenis anemia pada kasus3. Mengapa pasien anemia mengalami turgor kulit menurun dan suhu 35,7°C.4. Pasien minum air sekitar 8-5 gelas/2000 cc, bagaimana cara menghitung nya?	

		<p>5. Perbaiki pengetikan huruf kapital</p> <p>6. Perbaiki tabel pemeriksaan penunjang dan terapi</p> <p>7. Mengapa pasien diberikan obat furosemide</p> <p>8. Tambahkan diagnosa defisit nutrisi dan defisit pengetahuan</p>	
4	Selasa, 23 agustus 2022	ACC	

Mengetahui



Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, S, Kp, M,Kep. Ns, Sp, Kep,Kom

NIP. 19660114 199102 1 001