



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN ANEMIA
GRAVIS DI RUANG NILA KAMAR 1302 LANTAI 13
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

DEWI NOVIYANTI ANGGERNY

2011050

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN ANEMIA
GRAVIS DI RUANG NILA KAMAR 1302 LANTAI 13
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

DEWI NOVIYANTI ANGGERNY

2011050

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

Jakarta, 2023

PENYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Dewi Noviyanti Anggerny

NIM : 2011050

Tanda tangan : 

Tanggal : 15 Juni 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

**Asuhan keperawatan pada Ny. N dengan *Anemia Gravis*
di Ruang Nila Kamar 1302 Lantai 13
RSUD Koja Jakarta Utara**

Jakarta, 15 Juni 2023

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a horizontal line at the bottom.

Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan keperawatan pada Ny. N dengan *Anemia Gravis*
di Ruang Nila Kamar 1302 Lantai 13
RSUD Koja Jakarta Utara

Pembimbing,



Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep

Penguji I



Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep. MB

Penguji II



Ns. Ribka Sabrina Panjaitan, M.Kep

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



Ellymia, SE.,MM

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-nya, saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKES RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari pihak, dari masa perkuliahan sampai penyusunan laporan tugas akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ellymia, SE.,MM selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada
2. Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran untuk mengarahkan penulis dalam Menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep. MB selaku penguji 1 yang telah memberikan kritik untuk kemajuan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns. Ribka Sabrina Panjaitan, M.Kep selaku penguji 2 yang telah memberikan kritik untuk kemajuan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Fendy Yesayas,. M.Kep selaku wal kelas yang telah mengingatkan untuk segera menyelesaikan kuliah tepat waktu dan menyelesaikan tugas segera mungkin.
6. Seluruh staff, dosen dan tenaga pendidik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah membantu kelancaran studi.
7. Kepala Ruangan sekaligus CI lantai 13 Ruang penyakit dalam RSUD Koja yang telah banyak membantu dalam memperoleh data yang dibutuhkan
8. Kedua orang tua Andy Herliyanto dan Annyta, serta kakak Putri Andhini Rahmayanti dalam memberi dukungan serta bantuan dalam material, moral, kasih sayang serta doa yang selalu dipanjatkan.
9. Muhammad Alfarizi sebagai teman dekat yang mendengarkan keluh kesah dan selalu mendukung dan memberikan semangat.

10. Teman- teman yaitu Rizky, Robby, Renal, Selsa dona Sabrina, Elisyah karlina, Devi yang telah menemani masa-masa perkuliahan dan memberikan kebahagiaan dikala 3 tahun perkuliahan.
11. Teman-teman seperjuangan dikelompok Keperawatan medical bedah yang telah bekerja keras, berusaha, berdoa, dan saling menyemangati satu sama lain.
12. Teman-Teman angkatan 33 yang telah berjuang bersama, terutama untuk kelas B, terimakasih kerjasama dan kebersamaannya.

Akhir kata, saya penulis berterima kasih kepada semua orang yang sudah membantu, memberi semangat selama 3 tahun ini, dan terima kasih kepada Tuhan Yang Maha Esa dan saya berharap Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat dan membantu bagi pengembang ilmu yang akan datang.

Penulis

Dewi Noviyanti Anggerny

DAFTAR ISI

PENYATAAN ORISINALITAS	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A.Latar belakang.....	1
B.Tujuan	4
C.Ruang Lingkup.....	5
D.Metode Penelitian	5
E.Sistematika Penulis	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
A.Definisi	7
B.Patofisiologi.....	8
C.Penatalaksanaan	13
BAB III TINJAUAN KASUS.....	26
A.Pengkajian	26
B.Diagnosa keperawatan.....	41
C.Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi	42
BAB IV PEMBAHASAN.....	64
A.Pengkajian	64

B.Diagnosa keperawatan.....	66
C.Perencanaan keperawatan	67
D.Pelaksanaan Keperawatan	68
E.Evaluasi Keperawatan	69
BAB V PENUTUP.....	72
A.Kesimpulan	72
B.Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	75

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Pathway	77
Lampiran 2 : Analisa obat	78

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Anemia adalah kondisi dimana jumlah sel darah merah atau konsentrasi hemoglobin kurang dari nilai normal atau turunnya kadar sel darah merah/ konsentrasi hemoglobin dalam darah. Kadar normal sel darah atau hemoglobin pada umumnya untuk wanita dan pria berbeda. Anemia pada wanita didefinisikan jika jumlah sel darah/ hemoglobin kurang dari 12,0 g/dl dan pada pria didefinisikan jika jumlah sel darah/ hemoglobin kurang dari 13,5 g/dl. Anemia merupakan salah satu kelainan darah yang sering terjadi karena kadar sel darah atau hemoglobin dalam tubuh kurang dari nilai normal. Anemia sering disebut juga dengan kurangnya darah dalam tubuh (Harahap, 2018).

Anemia ada berbagai macam jenis, salah satunya adalah anemia gravis. Anemia gravis adalah anemia jika konsentrasi hemoglobin < 7 g/dl selama 3 bulan berturut-turut. Anemia gravis terjadi akibat penghancuran sel darah merah yang cepat dan hebat. Anemia gravis lebih sering diderita pada anak-anak. Anemia gravis bersifat akut dan juga kronis. Anemia gravis yang kronis disebabkan oleh anemia defisiensi besi (ADB), *sickle cell anemia* (SCA), talasemia, *spherocytosis*, anemia aplastik dan leukemia.

Anemia gravis dapat juga dijumpai pada infeksi seperti tuberculosis atau infeksi parasit yang lama, seperti malaria dan cacing. Anemia gravis sering memberikan gejala serebral seperti tampak bingung, penurunan kesadaran sampai koma, serta gejala-gejala lain seperti gangguan jantung dan paru (Astuti, 2020).

Menurut WHO (*World Health Organization*) Anemia merupakan salah satu masalah kesehatan di seluruh dunia terutama negara berkembang yang diperkirakan 30% penduduk dunia menderita anemia. Anemia banyak terjadi pada masyarakat terutama pada remaja wanita dan ibu hamil. Anemia pada remaja wanita di dunia sampai sekarang masih cukup tinggi sekitar 40-88% angka kejadian anemia pada remaja wanita, sedangkan angka kejadian di negara berkembang sekitar 53,7% dari semua remaja wanita. Anemia sering menyerang remaja wanita disebabkan karena keadaan saat sedang stress, haid, ataupun terlambat makan (*World Health Organization*, 2018).

Prevalensi anemia pada remaja wanita di Indonesia pada tahun 2018, yaitu pada kelompok remaja usia 11-14 tahun sebesar 13,5% dan kelompok usia remaja usia 15-21 tahun sebesar 29,5%. (Kementerian kesehatan RI, 2018). Menurut hasil rikesdas tahun 2013 menunjukkan proporsi penduduk umur kurang dari 1 tahun dengan kejadian anemia di Indonesia mencapai 21,7% dengan penderita anemia berumur 15-24 tahun sebesar 18,4%, hasil ini meningkat pada tahun 2018 menjadi 32%. Proporsi anemia pada perempuan 27,2% lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki 20,3%.

Prevelensi anemia di provinsi DKI Jakarta pada perempuan mencapai 27,6% dan lebih besar daripada prevelensi di Jawa Barat 13,4%. Berdasarkan data yang diperoleh dari bagian rekam medis dan informasi kesehatan di RSUD Koja Jakarta Utara, jumlah pasien dengan anemia gravis, periode Januari 2022 sampai Januari 2023 jumlah pasien yang dirawat dengan anemia gravis di RSUD KOJA Jakarta Utara sebesar 3,68 % dari jumlah pasien yang dirawat di RSUD KOJA Jakarta Utara

Efek dari anemia mungkin tidak langsung terasa maupun terlihat, namun efeknya bertahan lama dan dapat mempengaruhi kehidupan. Anemia dapat memiliki efek jangka panjang yang tidak hanya pada diri sendiri, tetapi juga pada masa yang akan datang. Dampak dari anemia ini jika tidak segera ditangani adalah, kelelahan berat bila anemia cukup parah, seseorang atau pasien mungkin merasa akan mudah lelah sehingga tidak dapat menuntaskan kegiatan sehari-harinya, adanya komplikasi, seperti masalah jantung. Anemia dapat menyebabkan jantung harus memompa lebih banyak darah untuk mengimbangi kekurangan oksigen dalam darah. Hal ini dapat menyebabkan jantung membesar atau terjadi gagal jantung. Kematian terutama beberapa anemia adalah anemia sel sabit yang dapat menyebabkan komplikasi yang mengancam jiwa atau kematian. Kehilangan banyak darah dengan cepat akan mengakibatkan anemia akut dan berat yang dapat berakibat fatal hingga sampai kematian (Jitowiyono, 2018).

Upaya preventif yang dilakukan yaitu dengan memberikan motivasi dan kesadaran untuk mengonsumsi makanan yang bergizi dan mengandung zat besi. Keberhasilan program penyembuhan pada pasien

Untuk menangani hal tersebut maka peran perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan memberikan perawatan multi disiplin pada pasien dengan anemia gravis yang meliputi promotif yaitu dengan cara menjelaskan cara pencegahan anemia dengan manajemen nutrisi pada pasien anemia, makan secara teratur 3 kali dalam sehari, banyak makan makanan yang mengandung serat dan tinggi akan zat besi, hindari penurunan berat badan yang terlalu cepat, hindari meminum alkohol. Upaya kuratif yaitu dengan memberikan perawatan menyeluruh dengan cara mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurai rasa pusing pada kepala, memberikan obat sesuai program, memberikan makanan tinggi serat dan zat besi. Upaya rehabilitatif yaitu dengan memulihkan pasien agar kembali ke kondisi normal atau mendekati kondisi normal., dengan menganjurkan pasien dapat melakukan diet tinggi zat besi, tinggi serat seperti sayur-sayuran, buah-buahan dan kacang-kacangan, mengurangi makanan yang mengandung gluten (Solihah, 2020).

Berdasarkan latar belakang yang telah dibahas diatas, penulis tertarik untuk membahas bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia gravis menggunakan asuhan keperawatan.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Diperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia gravis dan dapat menerapkan ilmu yang didapat diruang perkuliahan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia gravis.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan anemia gravis.
- b. Mampu menentukan masalah asuhan keperawatan dengan anemia gravis.
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan dengan anemia gravis
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan dengan anemia gravis.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi dengan anemia gravis.
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik dengan anemia gravis.
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor penduku, penghambat serta mencari solusi pemecah masalah dengan anemia gravis.
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia gravis.

C. Ruang Lingkup

Dalam menyusun karya ilmiah ini penulis hanya membahas satu kasus yaitu “Asuhan keperawatan pada Ny.N dengan anemia gravis di Ruang Nila Kamar 1302 RSUD Koja Jakarta Utara” dengan menggunakan tahap proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan yang tepat, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan .

D. Metode Penelitian

Metode yang penulis ambil dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskripsi dan metode studi kepustakaan. Dalam metode deskripsi ini pendekatannya dengan studi kasus, diimana penulis mengelola

satu kasus dengan menggunakan proses keperawatan. Dalam proses ini, penulis menggunakan teknik pengumpulan data melalui :

1. Studi kasus yaitu dengan pemeriksaan fisik, observasi langsung pada pasien, wawancara pada keluarga dan pasien untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan sekarang maupun masa lalu.
2. Studi dokumentasi yaitu dengan mengumpulkan data rekam medis serta catatan yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien.
3. Studi kepustakaan yaitu dengan mempelajari dan menggunakan buku-buku keperawatan sebagai literature acuan yang berhubungan dengan masalah kesehatan pasien yaitu anemia gravis.

E. Sistematika Penulis

Karya tulis ilmiah ini disusun dengan sistematis dari 5 bab yaitu :

- 1) BAB 1 : mencakup latar belakang, tujuan penulis, metode penelitian, ruang lingkup dan sistematika penulis
- 2) BAB 2 : mencakup pengertian, patofisiologi (etiologi, manifestasi klinis, proses penyakit, komplikasi), penatalaksanaan (terapi dan tindakan medis), pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
- 3) BAB 3 : mencakup pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi
- 4) BAB 4 : mencakup membahas tentang kesenjangan yang ditemukan pada kasus dengan literature, meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
- 5) BAB 5 : mencakup kesimpulan dan saran

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

Gizi yang seimbang adalah faktor utama yang dapat menentukan kualitas hidup dan sumber daya manusia. Anemia adalah salah satu permasalahan gizi yang belum teratasi di Indonesia. Anemia yang dikenal dengan kekurangan sel darah merah atau kondisi dimana jumlah kadar hemoglobin HB kurang dari nilai normal yang dapat menyerang siapa saja terutama pada wanita. Dengan berkurangnya sel darah merah dalam tubuh dapat mempengaruhi fisiologis dalam diri seseorang, hampir semua kasus menyatakan anak-anak dan wanita usia subur beresiko mengalami anemia (Attaqy, 2021).

Anemia dalam bahasa Yunani berarti tanpa darah, atau lebih dikenal dengan penyakit kurang darah yang ditandai dengan lebih rendahnya kadar hemoglobin (HB) dan sel darah merah (Eritrosit) dari nilai normalnya. Nilai normal hemoglobin pada laki-laki adalah > 13 g/dl, pada perempuan nilai normal hemoglobin > 12 g/dl dan pada perempuan yang sedang hamil nilai normal hemoglobin adalah > 11 g/dl. Anemia merupakan kurangnya kadar HB dalam darah sehingga terjadi gangguan perfusi O₂ ke dalam jaringan tubuh. Disebutkan gravis jika berat dan nilai HB dibawah 7 g/dl sehingga memerlukan tambahan Hb dengan melalui tindakan transfusi darah (Azwar, 2021).

Anemia merupakan kondisi yang terjadi akibat kurangnya kebutuhan sel darah merah, baik secara volume sel darah merah maupun kuantitas hemoglobin. Terjadinya hipoksia dikarenakan jaringan tubuh tidak adekuat dalam mendapatkan oksigen. Anemia bukan penyakit tersendiri melainkan merupakan dampak dari berbagai proses patologis yang menyebabkan abnormalitas jumlah sel darah merah dan struktur ataupun fungsi sel darah merah. Menurut blacks and hakwa,2009 dalam buku (Nurbadriyah, 2019).

Anemia di artikan sebagai kurangnya konsentrasi hemoglobin dalam eritrosit sehingga tidak dapat mencukupi kebutuhan fisiologis dalam tubuh manusia. Menurut WHO kadar hemoglobin normal untuk kalangan wanita di atas usia 15 tahun yaitu $> 12,0$ g/dl. Gejala umum penderita anemia adalah gejala yang timbul akibat anoksia organ target dan mekanisme kompensasi tubuh terhadap penurunan hemoglobin terhadap semua jenis amenia (Kusnadi, 2020).

B. Patofisiologi

Pada umumnya anemia terjadi karena kekurangan gizi yang diperlukan untuk sintesis eritrosit, seperti zat besi, vitamin b12, dan asam folat. Selain itu juga dapat disebabkan karena perdarahan. Kelainan genetik, penyakit kronis dan keracunan obat. Berdasarkan fisiologis, anemia dibedakan menjadi 5 yaitu sebagai berikut (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

a) Anemia aplastik

Anemia aplastik yang disebabkan karena terapi radiasi, benzene, infeksi virus dan agen neoplastik.

b) Anemia pada penyakit ginjal

Anemia ini yang disebabkan karena penurunan ketahanan hidup sel darah merah

c) Anemia defisiensi besi

Anemia ini disebabkan karena asupan zat besi yang tidak adekuat, polip, gastritis, varises oesophagus, dan neoplasma.

d) Anemia megaloblastic

Anemia ini disebabkan karena defisiensi vitamin b12 dan asam folat, malnutrisi, malabsorpsi, infeksi penyakit usus, infeksi cacing pita, dan pecandu alkohol.

e) Anemia hemolitik

Anemia ini disebabkan karena destruksi sel darah merah yang dipengaruhi obat-obatan, penyakit hookin (pembesaran kelenjar getah bening), leukemia limfositik kronik, malaria, dan defisiensi glukosa 6 fosfat.

Anemia gravis pada umumnya disebabkan karena perdarahan yang kronik, namun dengan gizi yang buruk atau gangguan penyerapan nutrisi oleh usus juga dapat menyebabkan seseorang dapat mengalami kekurangan darah. Begitu juga biasanya dengan wanita hamil atau yang sedang masa menyusui, jika asupan zat besinya berkurang, kemungkinan besar akan terjadi anemia atau kekurangan sel darah merah. perdarahan di saluran pencernaan, atau kebocoran pada saringan darah yang berada pada ginjal, menstruasi yang berlebihan, dan pendonor darah yang tak diimbangi dengan asupan gizi yang

baik dapat menimbulkan risiko anemia. Pendarahan akut juga menyebabkan kekurangan darah. pada saat terjadinya perdarahan yang hebat atau berlebihan mungkin gejala anemia belum tampak, namun perdarahan tersebut biasanya tidak disadari. biasanya pendarahan berlangsung secara sedikit-sedikit dan dalam waktu yang lama. ada beberapa kemungkinan dasar penyebab anemia, salah satunya adalah kehilangan darah. kehilangan darah yang dapat menyebabkan anemia, karena pendarahan yang berlebihan, pembedahan atau masalah dengan pembekuan darah. kehilangan darah sedikit dalam jangka lama seperti perdarahan dari inflammatory bowel disease (IBD) juga penyebab dari anemia. kehilangan darah yang banyak karena masa menstruasi pada remaja perempuan juga dapat menyebabkan anemia. semua faktor yang ada disini yang akan meningkatkan kebutuhan tubuh akan zat besi, karena zat besi dibutuhkan untuk membuat sel darah merah yang baru (Soebroto, 2020).

Terjadinya anemia dikarenakan adanya kegagalan pada sum-sum tulang atau hilangnya sel darah merah secara berlebihan. Kegagalan pada sum-sum tulang terjadi dikarenakan kekurangan nutrisi, paparan toksik, infeksi tumor atau penyebab lainnya yang tidak diketahui. Kehilangan darah merah yang berlebihan dikarenakan adanya perdarahan atau hemolisis (destruksi). Anemia terjadi akibat efek sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah yang normal dalam tubuh atau beberapa faktor yang bukan karena sel darah merah yang dapat menyebabkan destruksi sel darah merah. Lisis sel darah merah terjadi didalam sistem fagositik atau

dalam sistem retikuloendotelial terutama dalam hati dan limpa. Sebagai hasilnya proses ini bilirubin yang sedang terbentuk dalam fagosit akan masuk ke dalam aliran darah. Setiap kenaikan destruksi sel darah merah akan segera direpleksikan dengan meningkatnya bilirubin plasma (konsentrasi normal 1 mg/dl atau kurang : kadar 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sklera.

Anemia adalah penyakit yang disebabkan karena kekurangan darah yang ditandai dengan rendahnya kadar hemoglobin dalam darah. Fungsi dari darah adalah membawa makanan dan oksigen ke seluruh organ tubuh, jika suplainya kurang, maka asupan oksigen juga akan berkurang, yang dapat mengakibatkan terhambatnya kerja organ-organ penting yang ada didalam tubuh, salah satunya adalah otak. Otak terdiri dari 2,5 miliar sel nioneuron, jika kapasitasnya kurang, maka otak akan menjadi lemah dan lambat menangkap, dan jika sudah rusak tidak dapat diperbaiki (Desmawati, 2013).

Manifestasi klinis pada seseorang dengan anemia gravis antara lain : keadaan umumnya terlihat letih, lesu dan lelah, sering mengeluh pusing dan mata berkunang-kunang, sensitive terhadap dingin, bb turun, vertigo. Untuk kulit terlihat kering, kuku mudah rapuh dan clubbing. Pada mata pengelihatan kabur dan adanya perdarahan pada retina. Pada mulut mukosa licin dan mengkilat dan stomatitis. Pada paru-paru dispneu dan orthopnea. Pada sistem kardioveskuler takikardi, palpitasi, murmur, angina hipotensi, kardiomegali dan gagal jantung. Pada gastrointestinal anoreksia dan menirargia, menurunnya fertlisasi dan hematuria. Pada sistem mueskuloskeletal nyeri pada pinggang. Pada sistem persarafan nyeri pada kepala, bingung, neurupatu

perifer, parastesia, mental. Depresi, cemas, kesulitan koping (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

Dengan tingkat keparahan anemia, ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi perkembangan gejala. faktor tersebut yaitu kecepatan anemia, kronositas anemia, kebutuhan merabolik pasien, gangguan fisik (misalnya penyakit jantung atau paru). Secara umum, semakin cepat anemia berkembang, maka semakin parah gejalanya. Orang yang biasanya aktif dikehidupannya maka mereka cenderung memiliki gejala yang lebih tinggi dari pada kebanyakan orang yang banyak duduk. Beberapa anemia diperparah oleh berbagai kelainan yang tidak diakibatkan oleh anemia itu sendiri, namun dikaitkan dengan penyakit tertentu (Jitowiyono, 2018).

Menurut (Suprpto, 2022) Komplikasi pada pasien dengan anemia yaitu gagal jantung yang diakibatkan karena anemia yang berat, angina pectoris, kelebihan zat besi, perdarahan, infeksi bahkan bisa mengakibatkan kematian yang akibat karena infeksi dan perdarahan yang dimana sel-sel tubuh lainnya juga akan ikut terinfeksi. Menurut (Jitowiyono, 2018) jika tidak segera diobati maka anemia bisa menyebabkan banyak komplikasi, yaitu sebagai berikut : Kelelahan berat bila anemia cukup berat dan parah, kemungkinan seseorang akan merasa sangat lelah yang menyebabkan seseorang tidak dapat menyelesaikan tugas sehari-harinya, masalah jantung anemia menyebabkan detak jantung bekerja lebih cepat atau ireguler (aritmia). Jika seseorang menderita anemia, maka jantung harus memompa lebih banyak darah untuk mengimbangi kekurangan oksigen yang berada dalam darah,

sehingga hal ini menyebabkan jantung membesar atau disebut gagal jantung, kematian ada beberapa anemia yang dapat menyebabkan kematian, salah satunya adalah anemia sel sabit, anemia ini yang dapat menyebabkan kehilangan banyak darah dengan cepat yang mengakibatkan anemia akut atau berat berakibat fatal hingga sampai kematian.

C. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan ini bertujuan untuk mencari tau penyebab dan mengganti darah yang berkurang.

1. Terapi

Tindakan umum yang dilakukan untuk pasien dengan anemia adalah sebagai berikut : transfusi sel darah merah atau yang sering kita kenal transfusi darah (PRC), antibiotik untuk mencegah infeksi, suplemen asam folat untuk merangsang pembentukan sel darah merah atau yang sering kita jumpai adalah obat penambah darah dengan bentuk tablet, bila ada perdarahan silahkan obati terlebih dahulu, diet kaya besi yang mengandung daging dan sayuran hijau.

Tindakan khusus yang dilakukan untuk beberapa jenis anemia yaitu sebagai berikut : anemia defisiensi besi dengan pemberian presulfat 3 x 200mg/hari/oral diminum setelah makan, anemia pernisiiosa dengan pemberian vitamin 12, anemia asam folat dengan pemberian asam folat 5mg/hari/oral, anemia karena perdarahan berikan cairan dan lakukan transfusi darah sesuai anjuran dokter.

2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan

Penatalaksanaan medis untuk anemia gravis ditentukan berdasarkan penyakit yang menyebabkan anemia tersebut. Ada beberapa pengobatan, yaitu sebagai berikut (Jitowiyono, 2018).

a. Tranfusi

Tranfusi darah harus dilakukan untuk pasien yang secara aktif mengalami perdarahan dan untuk pasien dengan anemia gravis atau anemia berat. Tranfusi darah adalah suatu tindakan yang tidak dapat digunakan sebagai pengganti untuk terapi tertentu. Pada penyakit kronis seperti anemia gravis atau anemia berat, erythropoietin dapat membantu dalam mencegah tranfusi darah

b. Transplantasi sumsum tulang dan stem sel

Kedua metode ini dipakai oleh pasien dengan leukemia, lymphoma, Hodgkin disease, multiple myeloma, myelofibrosis dan penyakit aplastik. Transplantasi sumsum tulang ini bertujuan untuk memperbaiki ekspresi fenotipik dari penyakit sel sabit dan talasemia dan bertujuan untuk meningkatkan harapan hidup pada pasien yang berhasil melakukan transplantasi.

c. Pembatasan aktivitas

Pada pasien dengan anemia gravis atau anemia berat aktivitasnya harus dibatasi sampai aneminya dapat disembuhkan, tranfusi darah dapat dilakukan dengan bed rest, terapi dapat dilakukan untuk pasien dengan anemia yang dapat disembuhkan.

D. Pengkajian keperawatan

Data yang dapat diperoleh untuk pengkajian yaitu dengan data subjektif dan data objektif. Data subjektif didapatkan dari hasil pengkajian terhadap pasien dengan cara wawancara pasien, keluarga atau orang terdekat pasien dan kolaborasi dengan tenaga medis lainnya. Data objektif didapatkan dari hasil observasi dengan kami melakukan pemeriksaan fisik, melihat hasil pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan laboratorium. Berikut adalah pengkajian pada pasien dengan anemia (Jitowiyono, 2018).

1. Pengkajian

a) Identitas klien dan keluarga

Nama, umur : biasanya pasien dengan anemia adalah perempuan dan usianya remaja, dewasa dan ibu hamil. Ttl, agama, status perkawinan, pendidikan terakhir, pekerjaan , nomor register, dan diagnose medis Penanggung jawab, meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan pasien

b) Keluhan utama

Biasanya pasien datang ke rumah sakit dengan keluhan pusing, tampak pucat, kelelahan, dan kelemahan.

c) Riwayat kesehatan dahulu

- 1) Adanya riwayat menderika penyakit anemia, riwayat imunisasi
- 2) Adanya riwayat trauma atau perdarahan
- 3) Adanya riwayat demam tinggi
- 4) Adanya riwayat penyakit ISPA

5) Keadaan saat ini

Pasien tampak pucat, adanya kelemahan, sesak napas, adanya gejala gelisah, takikardi, dan penurunan kesadaran

d) Riwayat kesehatan keluarga

Adakah riwayat anemia didalam keluarga , adakah riwayat penyakit-penyakit lain yang ada didalam keluarga seperti diabetes melitus, hipertensi, infeksi saluran pernapasan dan jantung.

e) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum, dapat dilihat keadaan klien, biasanya pasien dengan anemia tampak lemah sampai sakit berat

2) Kesadaran , dapat dilihat apakah pasien compos mentis dan kooperatif sampai terjadinya penurunan tingkat kesadaran apatis, somnolen, spoor, coma.

3) Tanda-tanda vital

4) TB dan BB

5) Kulit, dapat dilihat dan diobservasi apakah kulit teraba dingin, adanya pengeluaran keringat yang berlebihan, tampak pucat, dan terdapat pendarahan dibawah kulit.

6) Mata, dapat dilihat apakah ada kelainan pada bentuk mata, konjungtiva yang anemis, kondisi sklera, adakah pendarahan subkonjungtiva, keadaan pupil, palpebra dan respon terhadap refleks cahaya.

- 7) Hidung, dapat dilihat apakah ada kelainan bentuk hidung, mukosa hidung, cairan yang keluar dari hidung, atau adanya gangguan fungsi penciuman.
 - 8) Telinga, dapat dilihat apakah ada kelainan bentuk dan fungsi pendengaran.
 - 9) Mulut, dapat dilihat apakah ada kelainan bentuk, mukosa kering, perdarahan pada gusi, lidah kering, bibir pecah-pecah, atau perdarahan.
 - 10) Leher, dapat dilihat apakah ada pembesaran pada kelenjar getah bening, tiroid membesar, dan kondisi distensi vena jugularis.
 - 11) Thoraks, dapat diobservasi dengan pemeriksaan pergerakan dada, apakah napas cepat atau irama napas tidak teratur.
 - 12) Abdomen, dapat dilihat dengan pemeriksaan apakah pembesaran hati, nyeri, bising usus, dan bias di bawah normal.
 - 13) Genetalia, dapat diobservasi dan ditanya dengan wawancara apakah testis sudah turun kebawah kedalam skrotum dan perempuan labia minora tertutup labia mayora
 - 14) Ekstremitas, dapat dilihat apakah pasien mengalami nyeri pada ekstremitas dan tonus otot kurang.
- f) Pemeriksaan penunjang
- 1) Riwayat sosial, dapat ditanyakan dengan wawancara siapa yang mengasuh pasien, kebersihan didaerah tempat tinggal, orang yang

terdekat dengan pasien. Keadaan lingkungan, perkarangan, pembuangan sampah.

- 2) Kebutuhan dasar, dapat ditanyakan dengan meliputi asupan nutrisi sehubungan dengan anoreksia, diet yang harus dijalani, pasang NGT, cairan IVFD yang digunakan jika ada.
- 3) Pemeriksaan tingkat perkembangan, dapat ditanyakan mengenai usia, terdiri dari motorik kasar, halus, kognitif, dan bahasa
- 4) Data psikologis, dapat dilihat dalam keseriusan ancaman penyakit terhadap anaknya, pengalaman sebelumnya terhadap penyakit dan hospitalisasi, prosedur medis yang akan dilakukan. Adanya sistem dukungan, kemampuan coping, agama, kepercayaan, adat, pola komunikasi dalam keluarga
- 5) Pemeriksaan Jumlah darah lengkap : hemoglobin dan hematokrit
- 6) Pemeriksaan Jumlah eritrosit

E. Diagnosa Keperawatan

Menurut Jitowiyono (2018) diagnosa keperawatan yang terkait dengan anemia yaitu sebagai berikut :

1. Keletihan berhubungan dengan anemia
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum
4. Risiko infeksi dengan ketidakadekuat pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin)

F. Perencanaan keperawatan

Perencanaan bertujuan untuk mengatasi masalah pada klien dengan anemia (PPNI, 2018).

1. Keletihan berhubungan dengan anemia

Tujuan : setelah dilaku

kan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat keletihan membaik.

Kriteria hasil : tenaga meningkat. Lesu menurun, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat.

Perencanaan

Manajemen energi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- c) Monitor pola dan jam tidur
- d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
- e) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya,suara)
- f) Lakukan latihan rentang gerak aktif atau pasif
- g) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- h) Fasilitasi duduk disamping tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
- i) Anjurkan tirah baring
- j) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

- k) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- l) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi rasa lelah
- m) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan perfusi perifer meningkat

Kriteria hasil : warna kulit pucat menurun, denyut nadi perifer meningkat, akral membaik, turgor kulit membaik

Perencanaan

Perawatan sirkulasi

- a) Periksa nadi perifer, edema, warna, suhu,
- b) Identifikasi adanya diabetes, hipertensi dan kadar kolestrol yang tinggi
- c) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas
- d) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- e) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
- f) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera

- g) Lakukan pencegahan infeksi
- h) Lakukan perawatan kaki dan kuku
- i) Lakukan hidrasi
- j) Anjurkan berhenti merokok
- k) Anjurkan berolahraga rutin
- l) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
- m) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, penurun kolestrol jika perlu
- n) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
- o) Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
- p) Anjurkan menganjurkan melembabkan kulit kering pada kaki
- q) Anjurkan program rehabilitasi vaskular
- r) Ajarkan program diet rendah lemak
- s) Informasikan tanda dan gejala seperti rasa sakit yang tidak hilang.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil : frekuensi nadi meningkat, keluhan lelah menurun, tekanan darah membaik.

Perencanaan

Manajemen energi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b) Monitor kelelahan fisik dan emosional

- c) Monitor pola dan jam tidur
 - d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
 - e) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya,suara)
 - f) Lakukan latihan rentang gerak aktif atau pasif
 - g) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
 - h) Fasilitasi duduk disamping tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
 - i) Anjurkan tirah baring
 - j) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
 - k) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
 - l) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi rasa lelah
 - m) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
4. Risiko infeksi dengan ketidakadekuat pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin)
- Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun
- Kriteria hasil : nyeri menurun, demam menurun.
- Perencanaan
- Pencegahan infeksi
- a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
 - b) Batasi jumlah pengunjung

- c) Berikan perawatan kulit pada area edema
- d) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pada pasien
- e) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
- f) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- g) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- h) Ajarkan etika batuk
- i) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- j) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- k) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

G. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan pengelolaan data dari intervensi yang meliputi kegiatan yang di validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana memberikan askep dalam pengumpulan data serta melaksanakan sesuai anjuran dokter dan ketentuan rumah sakit. Pelaksanaan merupakan fase ketika seorang perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan dapat dilanjutkan pada nursing order untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri dan kolaborasi perawat. Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab secara profesional sebagaimana dalam standar praktik keperawatan yaitu:

1. Independen

Tindakan independen merupakan suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dokter atau tenaga kesehatan

2. Dependen

Tindakan dependen merupakan tindakan yang berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis

3. Interdependen

Tindakan interdependen adalah suatu tindakan keperawatan atau kegiatan yang memerlukan kerjasama dengan tenaga kesehatan lain.

H. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian menggunakan cara perbandingan kondisi klien (Hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat, evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatann yang merupakan perbandingan sistematis dan rencana mengenai kesehatan pasien dengan tujuan sudah ditetapkan, dilakukan dengan cara melibatkan pasien dan sesama tenaga kesehatan. Terdapat dua komponen untuk mengevaluasi tindakan keperawatan,yaitu: (Jitowiyono, 2018)

1. Evaluasi formatif

Evaluasi yang dilakukan pada saat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan respon segera dn ditulis pada catatan keperawatan

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi dan kesimpulan dari hasil observasi dan analisa status kesehatan pasien sesuai pada waktu, tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan menguraikan mengenai asuhan keperawatan pada Ny.N dengan anemia gravis di ruang nila penyakit dalam Lt. 13 RSUD Koja, Jakarta utara pada tanggal 23 – 25 Maret 2023.

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Pasien bernama Ny. N jenis kelamin perempuan, berusia 21 tahun, status belum menikah, beragama islam, suku bangsa jawa, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan karyawan swasta, alamat : Jl. Lagoa terusan gang iii rt. 005/rw.004, Jakarta utara, sumber biaya BPJS, sumber informasi pasien, keluarga dan rekam medis. Pasien masuk pada tanggal 22 maret 2023 di ruang nila penyakit dalam Lantai 13 RSUD KOJA.

2. Resume

Pada tanggal 22 maret 2023 pasien Ny.N datang ke RSUD KOJA dengan anemia masuk ke RSUD KOJA melalui IGD. Pasien mengatakan sakit kepala, pusing, pusing seperti ditusuk-tusuk, pusing pada saat ingin beraktivitas, nyeri di ulu hati, nyeri seperti ditekan-tekan, nyeri hilang timbul, skala nyeri 5 dari 0-10, lemas, mudah lelah, tidak berenergi, sulit tidur. Keadaan umum sedang, compos mentis, pasien tampak pucat, lesu, meringis kesakitan, akral teraba dingin, crt > 3 dtk, Hb pasien 6,6 g/dl,

TTV : Tekanan darah : 108/66 mmhg, Nadi : 105x/menit, Suhu : 36,3 ° C, Frekuensi napas : 20x/menit. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, kelelahan dan gangguan rasa nyaman. Tindakan mandiri yang telah dilakukan adalah mengobservasi tanda-tanda vital, mengkaji nyeri. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu memberikan 1 kolf cairan asering/ 24 jam 20 tpm, transfusi darah Golongan Darah A 500cc/hari diberikan siang hari habis selama 2 jam. Terapi oral : pemberian paracetamol tablet 3 x 500 mg untuk mengobati nyeri di ulu hati setiap Pukul 08.00 WIB, 12.00 WIB, 20.00 WIB, KSR tablet 3 x 600 mg untuk mengatasi kalium yang rendah setiap Pukul 08.00 WIB, 12.00 WIB, 20.00 WIB, lactulac syrup 3 x 15 ml untuk memperlancar bab setiap Pukul 08.00 WIB, 12.00 WIB, 20.00 WIB. Evaluasi yang didapat adalah pasien terpasang infus di tangan kiri, pasien mnegeluh masih mengeluh nyeri pada malam hari, masih sedikit pusing ketika ingin beraktivitas, pucat sudah berkurang, tampak sudah tidak lemas.

3. Riwayat keperawatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

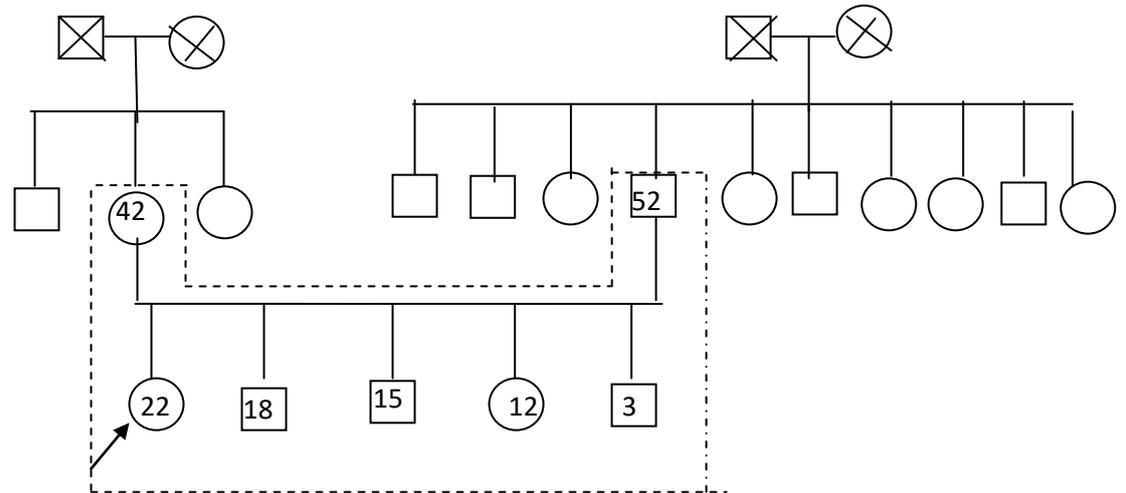
Pasien mengatakan sakit kepala, pusing seperti di tusuk-tusuk, faktor pencetusnya adalah karena Hb rendah dan baru selesai menstruasi, timbulnya keluhan rasa sakit bertahap selama 3 hari , upaya untuk mengatasinya langsung ke rumah sakit.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat gastritis dikarenakan pola makan yang tidak teratur dan suka mengonsumsi makanan yang

pedas. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat. Pasien mengatakan tidak ada pemakaian obat sebelumnya. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat kecelakaan.

c. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan :

- ⊗ : sudah meninggal
- : Perempuan
- : Laki-laki
- ↗ : pasien (NY.N)
- ? : tidak terkaji umurnya
- : Serumah

Struktur keluarga Ny. N :

Kakek dan nenek nya Ny. N sudah meninggal. Ayah dan ibu Ny. N masih hidup dan tinggal serumah dengan Ny.N dan adik-adiknya. Ny.

N anak pertama dari 5 bersaudara kedua orang tua Ny.N tidak memiliki riwayat penyakit.

- d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko :

Pasien mengatakan tidak ada

- e. Riwayat psikososial dan spiritual

Orang terdekat pasien adalah ibunya yang tinggal serumah. Pola komunikasi dalam keluarga terbuka dan baik. Keputusan biasanya diambil oleh orang tua pasien dan pasien sendiri. Dampak dari penyakit terhadap keluarga adalah keluarga jadi khawatir dan pekerjaan terhambat karena harus menjaga pasien. Masalah yang mempengaruhi pasien adalah terhambatnya pekerjaan dan harus mengambil cuti. Pasien memiliki mekanisme terhadap stress yaitu dengan diam saja, main hp dan istirahat. Hal yang sangat dipikirkan saat ini adalah ingin sembuh dan lanjut kerja. Harapan setelah menjalani perawatan adalah segera kembali beraktivitas dan menjaga pola makan dan tidur. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah jadi mudah lemas. Tidak ada nilai kesehatan yang bertentangan dengan kepercayaan. Aktivitas agama yang dilakukan adalah solat 5 waktu dan berdoa. Tidak ada Kondisi lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan.

f. Pola kebiasaan

(1) Pola nutrisi

Sebelum sakit :

pasien mengatakan makan 3x/hari, nafsu makan baik tidak ada mual ataupun muntah, makan seporsi habis, tidak suka sayuran, tidak ada alergi pada makanan, tidak ada pantangan makanan, tidak ada diet makanan, tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan, tidak menggunakan alat bantu untuk makan.

Saat di rumah sakit :

pasien mengatakan makan 3x/hari, nafsu makan baik tidak ada mual ataupun muntah, makan seporsi habis, tidak suka sayuran, tidak ada alergi pada makanan, tidak ada pantangan makanan, tidak ada diet makanan, tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan, tidak menggunakan alat bantu untuk makan.

(2) Pola eliminasi

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan bak 6-7x/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat bak, bab 1x/hari waktunya tidak tentu, warnanya coklat, keluhannya sulit bab , konsistensi padat, tidak ada penggunaan laxatif

Saat di rumah sakit :

Pasien mengatakan bak 7x/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat bak, tidak menggunakan alat bantu, bab 2x/hari

waktunya tidak tentu, warna coklat, konsistensi padat lembek, keluhan tidak ada, ada penggunaan obat laktulax.

(3) Pola personal hygiene

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan mandi sehari 2x pagi dan malam, oral hygiene diikuti saat mandi 2x sehari pagi dan malam saat ingin tidur, cuci rambut 2x/ minggu.

Saat dirumah sakit :

Pasien mengatakan mandi sehari sekali pada siang hari, oral hygiene sehari sekali pada siang hari dan cuci rambut seminggu sekali.

(4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak tidur siang dan malam tidur hanya 7 jam dan kebiasaan sebelum tidur adalah bermain hp.

Saat dirumah sakit :

Pasien mengatakan tidak tidur siang dan tidur malam 6-7 jam lamanya, kebiasaan sebelum tidur adalah bermain hp.

(5) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit

Pasien mengatakan waktu bekerja pagi sampai sore, tidak olahraga karena sibuk kerja, tidak ada keluhan saat beraktivitas

Saat dirumah sakit :

Pasien mengatakan tidak ada kegiatan dan keluhan saat beraktivitas pusing.

(6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak merokok dan meminum minuman keras.

Saat di rumah sakit :

Pasien mengatakan tidak merokok dan meminum minuman keras.

4. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Pasien mengatakan berat badan sebelum sakit 64kg dan sesudah sakit 64kg. tinggi badan pasien 162 cm. tekanan darah 108/66 mmhg, nadi 105x/menit, frekuensi nafas 20 x/menit, suhu tubuh 36,3°C , keadaan umum tampak sakit ringan dan tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening.

b. Sistem pengelihatan

Sisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tampak normal dapat bergerak kesegala arah, konjungtiva tampak anemis, kornea tampak normal tidak keruh, sklera tampak anikterik, pupil tampakan anisokor, tidak ada kelainan pada otot mata, fungsi pengelihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, tidak memakai kacamata, tidak memakai lensa kontak, rekasi terhadap cahaya positif normal.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga pasien tampak normal, kondisi telinga tengah tampak normal, tidak ada cairan dari telingapasien, tidak ada rasa penuh di

telinga pasien, tidak ada tinnitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan, tidak ada pemakaian alat bantu.

d. Sistem wicara

Sistem wicara pasien normal

e. Sistem pernapasan

Jalan nafas pasien bersih tidak ada sumbatan, pernapasan tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi nafas 20 x/menit, irama napas teratur, jenis pernapasan spontan, kedalaman napas dalam, tidak ada batuk, tidak ada sputum, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernapas, dan tidak memakai alat bantu nafas

f. Sistem kardiovaskuler

(1) Sirkulasi perifer

Nadi 105 x/menit, irama teratur, denyut teraba kuat, tekanan darah 108/66 mmhg, tidak ada distensi vena jugularis, temperature kulit dingin, warna kulit pucat, pengisian kapiler > 3 dtk, tidak ada edema.

(2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut apical 75x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada sakit dada.

g. Sistem hematologi

Pasien tampak pucat dan pernah ada riwayat bab berdarah

h. Sistem syaraf pusat

Pasien mengatakan sakit kepala, sakit seperti ditusuk-tusuk, tingkat kesadaran pasien compos mentis, *Glasgow coma scale* (GCS) E : 4 M :

6 V:M 5, tidak ada tanda-tanda penginkatan TIK, tidak ada gangguan pada sistem persyarafan, refleks fisiologis normal , refleks patologis normal.

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut pasien tidak ada caries pada gigi, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tampak bersih, salifa tampak normal, tidak ada muntah, ada nyeri di daerah perut, seperti melilit, skala nyeri 3, bising usus 25 x/menit, tidak ada diare, tidak ada konstipasi, hepar teraba , abdomen teraba lembek.

j. Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nafas berbau keton, tidak ada luka ganggren

k. Sistem urogenital

Balance cairan intake : infus 500 + minum 600ml + am 320ml = 1420 ml, output : urine 400 cc + iwl 960 =1360ml balance cairan 1420 -1360 = +60, bak warna kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem integument

Turgor kulit tampak baik, temperature kulit 36,6°C, warna kulit tampak pucat, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, keadaan rambut tekstur baik, tampak bersih.

m. Sistem musculoskeletal

Tidak ada kesuliatan dalam pergerakan pada pasien, tidak ada sakit pada tulang, sendi dan kulit, tidak da fraktur, tidak ada kelainan bentuk

tulang sendi, tidak ada kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot pada ekstremitas atas bagian kanan 5555 dan kiri 5555, ekstremitas bagian bawah kanan 5555 kiri 5555.

5. Data tambahan

Pasien belum mengetahui tentang penyakitnya dan belum mengetahui cara mengobati secara mandiri dan merubah pola makan.

6. Data penunjang

Pada tanggal 22 maret 2023 hasil Hb 6,2 g/dl dan Leukosit 10,52 dengan nilai normal Hb 12,5 – 16,0 g/dl dan Leukosit 4.00 – 10,50 g/dl. Pada tanggal 24 maret 2023 hasil Hb 7,8 g/dl dengan nilai normal Hb 12,5 – 16,0 g/dl dan Leukosit 4.00 – 10,50 g/dl

leukosit 7,01

7. Penatalaksanaan

Terapi injeksi :

cairan asering/ 24 jam 20 tpm, tranfusi darah Golongan darah A 500cc/hari diberikan siang hari habis selama 2 jam

Terapi oral :

pemberian paracetamol tablet 3 x 500 mg untuk mengobati nyeri di ulu hati setiap pukul 08.00 WIB, 12.00 WIB, 20.00 WIB, KSR tablet 3 x 600 mg untuk mengatasi kalium yang rendah setiap pukul 08.00 WIB, 12.00 WIB, 20.00 WIB, lactulac syrup 3 x 15 ml untuk memperlancar bab setiap pukul 08.00 WIB, 12.00 WIB, 20.00 WIB.

8. Data fokus

a. Data subjektif

“Pasien mengatakan sakit kepala/pusing seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri pada bagian ulu hati dirasakan hilang – timbul, pasien mengatakan nyeri seperti ditekan-tekan, pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan tidak bertenaga dan berdaya, pasien mengatakan mudah lelah/cape, pasien mengatakan energy nya tidak pulih atau kembalu malaupun sudah istirahat atau tidur, pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari“

b. Data objektif

“Pasien tampak pucat, pasien tampak lesu, pasien tampak meringis kesakitan, akral pasien teraba dingin, nyeri berskala 3, pasien tampak gelisah, pasien tampak tidak mampu pertahankan aktivitas rutinnya seperti tidak dapat menuntaskan pekerjaannya, hasil tanda – tanda vital pasien adalah tekanan darah 108/66 mmhg, nadi 105 x /menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 36,7°C , crt < 3 detik, hasil hemoglobin 6,6 g/dl, pasien terpasang infus, pasien tampak terpasang tranfusi darah“

9. Analisa data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : • P : Pasien mengatakan nyeri	Nyeri Akut	Proses inflamasi

	<p>karena telat makan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditekan-tekan • R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian ulu hati • S : Pasien mengatakan skala nyeri 3 • T : Pasien mengatakan nyeri terasa hilang – timbul <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis kesakitan • Pasien tampak sulit tidur pada malam hari 		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Ttv : <p>TD : 108/66 mmhg</p> <p>N : 105x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p>		
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sakit kepala atau pusing seperti ditusuk-tusuk • Pasien mengatakan sakit kepala atau pusing saat ingin beraktivitas seperti bangun dari duduk <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak lesu 3. Akral pasien teraba 	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin

	<p>dingin</p> <p>4. Crt <3 detik</p> <p>5. HB : 6,6 g/dl</p> <p>6. TTV</p> <p>TD : 108/66 mmhg</p> <p>N : 105x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p>		
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan lemas • Pasien mengatakan mudah lelah • Psien mengatakan tidak bertenaga • Pasien mengatakan lelah karena pusing • Pasien mengatakan merasa energy tidak 	Keletihan	Kondisi fisiologis (Anemia)

	<p>kembali pulih walaupun sudah istirahat ataupun tidur</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lesu • Pasien tampak tidak mampu mempertahankan aktivitas rutinnya, tidak mampu bekerja. • TTV <p>TD : 108/66 mmhg</p> <p>N : 105x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> • HB : 6,6 g/dl 		
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien belum mengetahui tentang 	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi tentang anemia

	<p>penyakitnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien belum mengetahui cara mengobati secara mandiri • Pasien belum mengetahui bagaimana cara merubah pola makan. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak bingung • Pasien tampak menunjukkan persepsi yang tidak sesuai. 		
--	---	--	--

B. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
3. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

C. Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

1. **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis** ditandai dengan pasien mengatakan nyeri karena telat makan, pasien mengatakan nyeri seperti ditekan-tekan, pasien mengatakan nyeri pada bagian ulu hati, pasien mengatakan nyeri hilang-timbul, skala nyeri 3, pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak sulit tidur, TTV : TD : 108/66 mmhg. N : 105x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,7°C

Tujuan : Tingkat nyeri menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan

Kriteria hasil :

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Meringis menurun
- c. Kesulitan tidur menurun

Manajemen Nyeri

Rencana Tindakan :

1. Identifikasi skala nyeri
2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
3. Identifikasi respon nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

8. Monitor efek samping penggunaan parasetamol 3 x 500 mg
9. Berikan teknik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri
10. Kontrol suhu ruangan dan pencahayaan yang memperberat nyeri
11. Fasilitasi istirahat dan tidur
12. Jelaskan strategi meredakan nyeri
13. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
14. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
15. Ajarkan teknik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri
16. Kolaborasi pemberian parasetamol 3 x 500 mg pukul 08.00, 12.00, 20.00

Penatalaksanaan

Tanggal 23 Maret 2023

Pukul 04.00 Mengkolaborasi pemberian parasetamol 1 tablet, sudah diberikan parasetamol 1 tablet 500 mg. Pukul 07.30 WIB Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri, sudah dijelaskan penyebab nyeri karena telat makan. Pukul 07.45 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien mengatakan lokasi nyeri pada bagian ulu hati, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyerinya hilang timbul, Pukul 08.30 WIB Mengidentifikasi skala nyeri, skala nyeri pasien 3 dari 0-10. Pukul 11.30 WIB Mengkolaborasi pemberian parasetamol 1 tablet, sudah diberikan parasetamol 500mg. Pukul 12.00 WIB Memonitor efek samping pemberian parasetamol 1 tablet, sudah dimonitor tidak ada efek samping dari pemberian parasetamol. Pukul 13.00 WIB Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan

memperingan nyeri, sudah diidentifikasi tidak ada faktor yang memperberat yang memperingan dengan minum obat. Pukul 14.00 WIB Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri, sudah dianjurkan kepada pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri. Pukul 14.30 WIB Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, sudah diidentifikasi tidak ada pengaruh budaya terhadap respon nyeri. Pukul 15.45 WIB Mengobservasi tanda – tanda vital, tekanan darah 108/66 mmhg, nadi 105x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,3°C. Pukul 16.00 WIB Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, sudah diidentifikasi pengaruh dari nyeri pasien jadi tidak bisa beraktifitas dan merasakan sakitnya. Pukul 18.30 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien mengatakan lokasi nyeri pada bagian ulu hati, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyerinya hilang timbul, Pukul 19.30 WIB Mengidentifikasi skala nyeri, skala nyeri pasien 3 dari 0-10. Pukul 20.30 Mengkolaborasikan pemberian paracetamol 1 tablet, sudah diberikan paracetamol 500 mg. Pukul 22.30 WIB Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, pasien mengatakan tidak ada lingkungan yang memperberat nyeri. Pukul 23.30 Memfasilitasi istirahat dan tidur, sudah difasilitasi dengan tempat tidur yang nyaman dan penerangan didalam ruangan.

Evaluasi

Tanggal 23 Maret 2023

Subjektif : Pasien mengatakan masih terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri masih timbul saat malam hari, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk.

Objektif : pasien sudah tidak tampak meringis, pola tidur pasien sudah membaik, skala 3

Analisa : Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : intervensi 1,2 dilanjutkan

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB Memberikan paracetamol tablet 1 tablet sudah diberikan paracetamol sesuai anjuran. Pukul 07.30 WIB Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri, sudah dijelaskan penyebab nyeri karena telat makan. Pukul 07.45 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien mengatakan lokasi nyeri pada bagian ulu hati, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyerinya hilang timbul, Pukul 08.30 WIB Mengidentifikasi skala nyeri, skala nyeri 2 dari 0-10 Pukul 11.30 WIB Mengkolaborasi pemberian paracetamol 1 tablet, sudah diberikan paracetamol 500mg. Pukul 12.00 WIB Memonitor efek samping pemberian paracetamol 1 tablet, sudah dimonitor tidak ada efek samping dari pemberian paracetamol. Pukul 13.00 WIB Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, sudah diidentifikasi tidak ada faktor yang memperberat yang memperingan dengan minum obat. Pukul 14.00 WIB Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, sudah dianjurkan kepada pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri. Pukul 14.30 WIB

Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, sudah diidentifikasi tidak ada pengaruh budaya terhadap respon nyeri. Pukul 15.45 WIB Mengobservasi tanda – tanda vital, tekanan darah 114/71 mmhg, nadi 99x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,5°C. Pukul 16.00 WIB Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, sudah diidentifikasi pengaruh dari nyeri pasien jadi tidak bisa beraktifitas dan merasakan sakitnya. Pukul 18.30 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien mengatakan lokasi nyeri pada bagian ulu hati, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyerinya hilang timbul, Pukul 19.30 WIB Mengidentifikasi skala nyeri, skala nyeri pasien 3 dari 0-10. Pukul 20.30 Mengkolaborasikan pemberian paracetamol 1 tablet, sudah diberikan paracetamol 500 mg. Pukul 22.30 WIB Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, pasien mengatakan tidak ada lingkungan yang memperberat nyeri. Pukul 23.30 Memfasilitasi istirahat dan tidur, sudah difasilitasi dengan tempat tidur yang nyaman dan penerangan didalam ruangan.

Evaluasi

Tanggal 24 Maret 2023

Subjektif : Pasien mengatakan masih nyeri sedikit, pasien mengatakan nyeri masih timbul saat malam hari, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk.

Objektif : pasien sudah tidak tampak meringis, pola tidur pasien sudah membaik, skala 3

Analisa : Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : intervensi 1,2 dilanjutkan

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB Memberikan paracetamol tablet 1 tablet, sudah diberikan paracetamol sesuai anjuran. Pukul 07.30 WIB Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri, sudah dijelaskan penyebab nyeri karena telat makan. Pukul 07.45 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien mengatakan lokasi nyeri pada bagian ulu hati, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyerinya hilang timbul, Pukul 08.30 WIB Mengidentifikasi skala nyeri, skala nyeri pasien 1 dari 0-10. Pukul 11.30 WIB Mengkolaborasi pemberian paracetamol 1 tablet, sudah diberikan paracetamol 500mg. Pukul 12.00 WIB Memonitor efek samping pemberian paracetamol 1 tablet, sudah dimonitor tidak ada efek samping dari pemberian paracetamol. Pukul 13.00 WIB Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, sudah diidentifikasi tidak ada faktor yang memperberat yang memperingan dengan minum obat. Pukul 14.00 WIB Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri, sudah dianjurkan kepada pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri. Pukul 14.30 WIB Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, sudah diidentifikasi tidak ada pengaruh budaya terhadap respon nyeri. Pukul 15.45 WIB Mengobservasi tanda – tanda vital, tekanan darah 108/72mmhg, nadi 88x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,1°C. Pukul 16.00 WIB Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, sudah diidentifikasi pengaruh dari nyeri pasien jadi tidak bisa beraktifitas dan

merasakan sakitnya. Pukul 18.30 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien mengatakan lokasi nyeri pada bagian ulu hati, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyerinya hilang timbul, Pukul 19.30 WIB Mengidentifikasi skala nyeri, skala nyeri pasien 3 dari 0-10. Pukul 20.30 Mengkolaborasikan pemberian paracetamol 1 tablet, sudah diberikan paracetamol 500 mg. Pukul 22.30 WIB Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, pasien mengatakan tidak ada lingkungan yang memperberat nyeri. Pukul 23.30 Memfasilitasi istirahat dan tidur, sudah difasilitasi dengan tempat tidur yang nyaman dan penerangan didalam ruangan.

Evaluasi

Tanggal 25 Maret 2023

Subjektif : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, pasien mengatakan nyeri masih timbul saat malam hari, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk.

Objektif : pasien sudah tidak tampak meringis, pola tidur pasien sudah membaik, skala 1

Analisa : Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : intervensi dilanjutkan

- 2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin** ditandai dengan pasien mengatakan sakit kepala/ pusing, pasien mengatakan sakit kepala atau pusing seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan sakit kepala atau pusing saat ingin bangun dari duduk atau tidur, pasien tampak pucat, pasien tampak lesu,

crt <3 detik, akral teraba dingin, Hb :6,6 g.dl, TTV : TD : 108/66 mmhg,
N : 105x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,7°C.

Tujuan : perfusi perifer meningkat setelah dilakukan asuhan
keperawatan selama 3x24 jam dengan

Kriteria hasil :

- a. Turgor kulit membaik
- b. Akral membaik
- c. Warna kulit pucat menurun

Perawatan sirkulasi

1. Periksa nadi, warna , suhu
2. Identifikasi faktor resiko diabetes, hipertensi dan merokok
3. Monitor panas, nyeri pada ekstremitas
4. Monitor tanda-tanda vital
5. Lakukan pencegahan infeksi
6. Hindari pemasangan infus di area keterbatasan perfusi
7. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
8. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
9. Lakukan perawatan kaki dan kuku
10. Anjurkan berhenti merokok
11. Anjurkan berolahraga rutin saat sudah dirumah
12. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar

13. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah dan penurun kolestrol
14. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah
15. Anjurkan menghindari obat penyeka beta
16. Anjurkan program rehabilitasi baskular
17. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat
18. Informasikan tanda dan gejala darurat yang dilaporkan
19. Kolaborasikan pemberian KSR tablet 3 x 600 mg, lactulac syrup 3 x 15 ml
20. Kolaborasikan pemberian produk darah, jika perlu

Penatalaksanaan

Tanggal 23 Maret 2023

Pukul 04.00 WIB Memberikan KSR tablet 1 tablet, lactulac syrup 15 ml.

Pukul 06.30 WIB Memberikan tranfusi darah PRC 209 ml. Pukul 08.20

WIB Memeriksa sirkulasi perifer, nadi 105x/menit, warna kulit pucat, suhu badan 36°C . Pukul 08.45 WIB Mengidentifikasi faktor resiko

diabetes, hipertensi, sudah diidentifikasi tidak ada faktor resiko ke diabetes maupun hipertensi. Pukul 09.00 WIB Menganjurkan mengecek

air mandi untuk menghindari kulit terbakar, sudah dianjurkan pasien mandi menggunakan air biasa . Pukul 09.30 WIB Menghindari

pemasangan tourniquet pada area yang cidera, sudah dihindari dalam pemasangan tourniquet. Pukul 09.40 WIB Menghindari pemasangan

infus diarea keterbatasan perifer, sudah dihindari dan dipasangkan infus pada area yang tidak keterbatasan perifer. Pukul 10.25 WIB

Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, sudah dihindari sebelum pengukuran tekanan darah. Pukul 11.30 WIB Mengobservasi tanda – tanda vital, Mengobservasi tanda – tanda vital, tekanan darah 108/66 mmhg, nadi 105x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,3°C. Pukul 12.40 WIB Melakukan pencegahan infeksi, sudah dilakukan pencegahan infeksi. Pukul 17.00 WIB Memberikan transfusi darah PRC 186 ml. Pukul 18.00 WIB Menganjurkan berhenti merokok, sudah dianjurkan pasien tidak merokok. Pukul 19.30 WIB Menganjurkan berolahraga rutin, pasien sudah dianjurkan untuk berolahraga rutin jika sudah pulang dari rumah sakit. Pukul 20.00 WIB memberikan KSR tablet 1 tablet, lactulac syrup 15 ml.. Pukul 21.30 WIB Melakukan perawatan kuku, sudah dianjurkan untuk merawat kebersihan kuku. Pukul 23.30 WIB Memonitor panas, nyeri pada ekstremitas, sudah dimonitor tidak ada nyeri maupun panas pada ekstremitas pasien.

Evaluasi

Tanggal 23 Maret 2023

Subjektif : Pasien mengatakan masih sakit kepala, pasien mengatakan masih merasa pusing saat ingin beraktivitas

Objektif : Pasien tampak lesu dan tidak bertenaga, pasien tampak pucat, CRT < 3 detik, Hb 6,6 g/dl.

Analisa : Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : intervensi 1,4,19,20 dilanjutkan

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB memberikan KSR tablet 1 tablet, lactulac syrup 15 ml.. Pukul 08.40 WIB memeriksa sirkulasi perifer, nadi 99x/menit, warna kulit pucat, suhu badan 36°C Pukul 08.45 WIB Mengidentifikasi faktor resiko diabetes, hipertensi, sudah diidentifikasi tidak ada faktor resiko ke diabetes maupun hipertensi. Pukul 09.00 WIB Menganjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar, sudah dianjurkan pasien mandi menggunakan air biasa . Pukul 09.30 WIB Menghindari pemasangan tourniquet pada area yang cidera, sudah dihindari dalam pemasangan tourniquet. Pukul 09.40 WIB Menghindari pemasangan infus diarea keterbatasan perifer, sudah dihindari dan dipasangkan infus pada area yang tidak keterbatasan perifer. Pukul 10.25 WIB Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, sudah dihindari sebelum pengukuran tekanan darah. Pukul 11.30 WIB Mengobservasi tanda – tanda vital. Pukul 12.30 Memberikan tranfusi darah PRC 500 ml. Pukul 15.45 WIB Mengobservasi tanda – tanda vital, tekanan darah 114/71 mmhg, nadi 99x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,5°C. Pukul 16.40 WIB Melakukan pencegahan infeksi, sudah dilakukan pencegahan infesi. Pukul 18.00 WIB Menganjurkan berhenti merokok, sudah dianjurkan pasien tidak merokok. Pukul 19.30 WIB Menganjurkan berolahraga rutin, pasien sudah dianjurkan untuk berolahraga rutin jika sudah pulang dari rumah sakit. Pukul 20.00 WIB memberikan KSR tablet 1 tablet, lactulac syrup 15 ml.. Pukul 21.30 WIB Melakukan perawatan kuku, sudah dianjurkan untuk merawat kebersihan kuku. Pukul 23.30 WIB Memonitor panas,

nyeri pada ekstremitas, sudah dimonitor tidak ada nyeri maupun panas pada ekstremitas pasien.

Evaluasi

Tanggal 24 Maret 2023

Subjektif : Pasien mengatakan masih sakit kepala, pasien mengatakan masih merasa pusing saat ingin beraktivitas

Objektif : Pasien tampak lesu dan tidak bertenaga, pasien tampak pucat, CRT < 3 detik, Hb 7,8 g/dl.

Analisa : Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : intervensi 1,4,19,20 dilanjutkan

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB memberikan KSR tablet 1 tablet, lactulac syrup 15 ml.

Pukul 08.40 WIB memeriksa sirkulasi perifer, nadi 99x/menit, warna kulit pucat, suhu badan 36°C Pukul 08.45 WIB Mengidentifikasi faktor resiko diabetes, hipertensi, sudah diidentifikasi tidak ada faktor resiko

ke diabetes maupun hipertensi. Pukul 09.00 WIB Mengajarkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar, sudah dianjurkan pasien mandi menggunakan air biasa . Pukul 09.30 WIB Menghindari pemasangan tourniquet pada area yang cedera, sudah dihindari dalam pemasangan tourniquet. Pukul 09.40 WIB Menghindari pemasangan infus di area keterbatasan perifer, sudah dihindari dan dipasangkan infus pada area yang tidak keterbatasan perifer. Pukul 10.25 WIB Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, sudah dihindari sebelum pengukuran tekanan

darah. Pukul 12.30 Memberikan tranfusi darah PRC 500 ml. Pukul 15.45 WIB Mengobservasi tanda – tanda vital, tekanan darah 108/72 mmhg, nadi 88x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,1°C. Pukul 16.40 WIB Melakukan pencegahan infeksi, sudah dilakukan pencegahan infeksi. Pukul 18.00 WIB Menganjurkan berhenti merokok, sudah dianjurkan pasien tidak merokok. Pukul 19.30 WIB Menganjurkan berolahraga rutin, pasien sudah dianjurkan untuk berolahraga rutin jika sudah pulang dari rumah sakit. Pukul 20.00 WIB memberikan KSR tablet 1 tablet, lactulac syrup 15 ml.. Pukul 21.30 WIB Melakukan perawatan kuku, sudah dianjurkan untuk merawat kebersihan kuku. Pukul 23.30 WIB Memonitor panas, nyeri pada ekstremitas, sudah dimonitor tidak ada nyeri maupun panas pada ekstremitas pasien

Evaluasi

Tanggal 25 Maret 2023

Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak sakit kepala, pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing saat ingin beraktivitas

Objektif : Pasien tampak tidak lesu dan lebih bertenaga, pasien tampak tidak pucat, crt < 3 detik, Hb 12,5 g/dl.

Analisa : Tujuan sebagian

Perencanaan : intervensi dipertahankan

3. **Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis** ditandai dengan pasien mengatakan mudah lelah, pasien mengatakan tidak bertenaga, pasien mengatakan energy tidak pulih walaupun sudah tidur atau istirahat, pasien tampak lesu, pasien tidak mampu beraktivitas rutin

seperti biasanya, TTV: TD : 108/66 mmhg, N : 105x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,7°C.

Tujuan : Tingkat keletihan membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan

Kriteria hasil :

- a. Lesu menurun
- b. Tenaga meningkat
- c. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat

Manajemen Energi

1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Monitor kelelahan fisik dan emosional
3. Monitor pola dan jam tidur
4. Memonitor tanda-tanda vital
5. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
6. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya,suara)
7. Lakukan latihan rentang gerak aktif atau pasif
8. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
9. Fasilitasi duduk disamping tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
10. Anjurkan tirah baring
11. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
12. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

13. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi rasa lelah
14. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Penatalaksanaan

Tanggal 23 Maret 2023

Pukul 07.30 WIB mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, sudah diidentifikasi yang mengakibatkan kelelahan dikarenakan konsentrasi hemoglobin yang menurun dan pusing. Pukul 08.00 WIB Memonitor kelelahan fisik dan emosional, sudah dimonitor kelelahan fisik dikarenakan pusing dan kadar konsentrasi hemoglobin yang menurun. Pukul 08.45 WIB Memonitor pola dan jam tidur, sudah dimonitor pasien tidak tidur siang dan malam hari tidur sekita 7-8 jam. Pukul 10.45 Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sudah dimonitor tidak nyaman saat ingin bangun berdiri karena pusing. Pukul 11.45 Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya,suara), sudah disediakan lingkungan yang nyaman dan penerangan yang cukup. Pukul 12.20 Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, sudah dikolaborasikan dengan ahli gizi. Pukul 16.00 WIB Mengobservasi tanda – tanda vital, tekanan darah 108/66 mmhg, nadi 105x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,3°C. Pukul 17.55 WIB Menganjurkan tirah baring, sudah dianjurkan untuk tirah baring. Pukul 19.00 WIB Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, sudah dianjurkan jika ingin beraktivitas lakukan secara

bertahap. Pukul 20.45 WIB Mengajarkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, sudah dianjurkan untuk memanggil perawat jika kelelahan tidak kunjung membaik. Pukul 22.55 Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi rasa lelah, sudah diajarkan

Evaluasi

Tanggal 23 Maret 2023

Subjektif : “Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan tenaga berkurang, pasien mengatakan mudah lelah”

Objektif : “Pasien masih tampak lesu, pasien tampak tidak dapat beraktivitas seperti biasa.”

Analisa : Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : intervensi 1,2,3,4 dilanjutkan

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 07.30 WIB mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, sudah diidentifikasi yang mengakibatkan kelelahan dikarenakan konsentrasi hemoglobin yang menurun dan pusing. Pukul 08.00 WIB Memonitor kelelahan fisik dan emosional, sudah dimonitor kelelahan fisik dikarenakan pusing dan kadar konsentrasi hemoglobin yang menurun. Pukul 08.45 WIB Memonitor pola dan jam tidur, sudah dimonitor pasien tidak tidur siang dan malam hari tidur sekita 7-8 jam. Pukul 10.45 Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sudah dimonitor tidak nyaman saat ingin bangun berdiri karena pusing. Pukul 11.45

Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya,suara), sudah disediakan lingkungan yang nyaman dan penerangan yang cukup. Pukul 12.20 Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, sudah dikolaborasikan dengan ahli gizi. Pukul 16.00 WIB Mengobservasi tanda – tanda vital, tekanan darah 108/66 mmhg, nadi 105x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,3°C. Pukul 17.55 WIB Menganjurkan tirah baring, sudah dianjurkan untuk tirah baring. Pukul 19.00 WIB Mengnjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, sudah dianjurkan jika ingin beraktivitas lakukan secara bertahap. Pukul 20.45 WIB Mengnjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, sudah dianjurkan untuk memanggil perawat jika kelelahan tidak kunjung membaik. Pukul 22.55 Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi rasa lelah, sudah diajarkan.

Evaluasi

Tanggal 24 Maret 2023

Subjektif : “Pasien mengatakan lemas sudah berkurang, pasien mengatakan tenaga sudah mulai pulih, pasien mengatakan lelah sudah berkurang”

Objektif : “Pasien tampak lesu berkurang, pasien tampak sudah dapat beraktivitas.”

Analisa : Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : intervensi 2,3,4 dilanjutkan

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 07.30 WIB mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, sudah diidentifikasi yang mengakibatkan kelelahan dikarenakan konsentrasi hemoglobin yang menurun dan pusing. Pukul 08.00 WIB Memonitor kelelahan fisik dan emosional, sudah dimonitor kelelahan fisik dikarenakan pusing dan kadar konsentrasi hemoglobin yang menurun. Pukul 08.45 WIB Memonitor pola dan jam tidur, sudah dimonitor pasien tidak tidur siang dan malam hari tidur sekita 7-8 jam. Pukul 10.45 Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sudah dimonitor tidak nyaman saat ingin bangun berdiri karena pusing. Pukul 11.45 Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya,suara), sudah disediakan lingkungan yang nyaman dan penerangan yang cukup. Pukul 12.20 Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, sudah dikolaborasikan dengan ahli gizi. Pukul 16.00 WIB Mengobservasi tanda – tanda vital, tekanan darah 108/66 mmhg, nadi 105x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,3°C. Pukul 17.55 WIB Menganjurkan tirah baring, sudah dianjurkan untuk tirah baring. Pukul 19.00 WIB Mengnjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, sudah dianjurkan jika ingin beraktivitas lakukan secara bertahap. Pukul 20.45 WIB Mengnjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, sudah dianjurkan untuk memanggil perawat jika kelelahan tidak kunjung membaik. Pukul 22.55 Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi rasa lelah, sudah diajarkan.

Evaluasi

Tanggal 25 Maret 2023

Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak lemes, pasien mengatakan sudah lebih bertenaga dan tidak mudah lelah, pasien mengatakan tenaganya sudah kembali seperti sebelum sakit.

Objektif : Pasien sudah tidak tampak lesu, pasien tampak bertenaga dan pasien tampak bersemangat serta pasien tampak sudah sering melakukan aktivitas.

Analisa : Tujuan tercapai

Perencanaan : intervensi dipertahankan

1. **Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi** ditandai dengan Pasien belum mengetahui tentang penyakitnya, pasien belum mengetahui cara mengobati secara mandiri, pasien belum mengetahui bagaimana cara merubah pola makan, pasien tampak bingung, pasien tampak menunjukkan persepsi yang tidak sesuai.

Tujuan : Tingkat pengetahuan membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan

Kriteria hasil :

- a. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun
- b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang penyakit meningkat
- c. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat

Edukasi Kesehatan

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
2. Identifikasi faktor-faktor yang meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat dan bersih.
3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
5. Berikan kesempatan untuk bertanya.
6. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.
7. Ajarkan perilaku hidup sehat dan bersih.
8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih.

Penatalaksanaan

Tanggal 23 Maret 2023

Pukul 09.00 WIB Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi, hasil pasien sudah siap dan mampu untuk menerima informasi yang akan diberikan. Pukul 10.00 WIB Mengidentifikasi faktor-faktor yang meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup sehat, hasil sudah diidentifikasi faktor yang meningkatkan adalah dukungan orang tua. Pukul 11.00 WIB Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, hasil sudah dijelaskan faktor yang mempengaruhi kesehatan adalah gaya hidup, lingkungan ekonomi dan budaya. Pukul 12.00 WIB Mengajarkan perilaku hidup sehat, hasil sudah diajarkan bagaimana cara berperilaku hidup sehat. Pukul 13.00 WIB Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih, hasil

sudah diajarkan strategi agar dapat meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih dengan cara atur pola makan dan cuci tangan sebelum makan. Pukul 14.00 WIB Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, hasil sudah kontrak waktu untuk pendidikan kesehatan tanggal 24 Maret 2023 setelah makan siang. Pukul 16.00 WIB Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, hasil sudah disediakan materi dan medianya.

Evaluasi

Tanggal 23 Maret 2023

Subjektif : Pasien belum mengetahui tentang penyakitnya, pasien belum mengetahui cara mengobati secara mandiri, pasien belum mengetahui bagaimana cara merubah pola makan,

Objektif : pasien tampak bingung, pasien tampak menunjukkan persepsi yang tidak sesuai.

Analisa : Tujuan belum tercapai

Perencanaan : intervensi 1.3.5 dilanjutkan

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi, hasil pasien sudah siap dan mampu untuk menerima informasi yang akan diberikan. Pukul 09.00 WIB Mengidentifikasi faktor-faktor yang meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup sehat, hasil sudah diidentifikasi faktor yang meningkatkan adalah dukungan orang tua. Pukul 09.30 WIB Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, hasil

sudah dijelaskan faktor yang mempengaruhi kesehatan adalah gaya hidup, lingkungan ekonomi dan budaya. Pukul 10.00 WIB Mengajarkan perilaku hidup sehat, hasil sudah diajarkan bagaimana cara berperilaku hidup sehat. Pukul 10.30 WIB Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih, hasil sudah diajarkan strategi agar dapat meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih dengan cara atur pola makan dan cuci tangan sebelum makan. Pukul 11.00 WIB Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, hasil sudah kontrak waktu untuk pendidikan kesehatan hari ini setelah makan siang. Pukul 12.30 WIB Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, hasil sudah disediakan materi dan medianya. Pukul 13.00 WIB Memberikan kesempatan untuk bertanya, hasil sudah diberikan kesempatan dan pasien sudah bertanya.

Evaluasi

Tanggal 23 Maret 2023

Subjektif : Pasien sudah mengetahui tentang penyakitnya, pasien sudah mengetahui cara mengobati secara mandiri, pasien sudah mengetahui pola makan yang dianjurkan

Objektif : tampak bingung sudah tidak ada, pasien menunjukkan persepsi yang sesuai.

Analisa : Tujuan tercapai

Perencanaan : intervensi dipertahankan

BAB IV PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis akan membahas kesenjangan yang ada pada teori dan kasus Asuhan keperawatan pada Ny.N dengan anemia gravis di ruang nila penyakit dalam Lantai 13 di RSUD Koja, Jakarta Utara. Pembahasan akan dimulai dengan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Selanjutnya penulis akan membahas mengenai faktor pendukung dan penghambat.

A. Pengkajian

Data yang dapat diperoleh untuk pengkajian yaitu dengan data subjektif dan data objektif. Data subjektif didapatkan dari hasil pengkajian terhadap pasien dengan cara wawancara pasien, keluarga atau orang terdekat pasien dan kolaborasi dengan tenaga medis lainnya. Data objektif didapatkan dari hasil observasi dengan kami melakukan pemeriksaan fisik, melihat hasil pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan laboratorium. Berikut adalah pengkajian pada pasien dengan anemia (Jitowiyono, 2018).

Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada etiologi, dimana pada kasus ditemukan data yaitu pasien memiliki riwayat BAB

berdarah setahun yang lalu dan baru selesai mentruasi. Menurut (Azwar, 2021) etiologi pada pasien dengan anemia yaitu adanya perdarahan, darahmenstruasi yang berlebihan dan penyakit tertentu yang menyebabkan perdarahan seperti gastritis.

Terdapat kesenjangan pada manifestasi, didalam kasus terdapat nyeri yang terjadi karena pasien telat makan yang menyebabkan nyeri pada ulu hati , nyeri hilang timbul, skala nyeri 3, nyeri terasa seperti ditekan-tekan Menurut (Sumariadi et al., 2021) Asam lambung yang meningkat akan Menyebabkan nyeri, dengan nyeri pada pasien gastritis dapat mengganggu aktifitas sehari-hari, biasanya terjadi pada orang-orang yang mempunyai pola makan yang tidak teratur.

Tidak terdapat kesenjangan pada pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan medis, didalam kasus dilakukan pemeriksaan jumlah darah lengkap : hemoglobin dan hematokrit, Pemeriksaan Jumlah eritrosit pada pasien dan penatalaksanaan medis yaitu tranfusi darah dan pembatasan aktifitas. Menurut (Jitowiyono, 2018) yaitu pemeriksaan jumlah darah lengkap : hemoglobin dan hematokrit, pemeriksaan jumlah eritrosit dan penatalaksanaan medis yaitu tranfusi darah dan pembatasan aktifitas, penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Faktor pendukung dalam pengkajian adalah dengan kooperatifnya pasien dalam menerima kehadiran penulis sehingga dapat data serta informasi. Adanya kerjasama yang baik dengan tenaga kesehatan lainnya yang berada pada ruangan nila di rsud koja, jakarta utara untuk dapat memperoleh data

yang penulis butuhkan melalui catatan medis pasien. Tidak ada faktor penghambat dalam proses pengambilan data selama proses pengkajian.

B. Diagnosa keperawatan

Menurut (Jitowiyono, 2018) diagnosa keperawatan yang terkait dengan anemia ada 4 yaitu Keletihan berhubungan dengan anemia, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, Risiko infeksi dengan faktor risiko pertahanan tubuh primer dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum.

Diagnosa yang sesuai dengan teori adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dan keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia). Diagnosa yang tidak sesuai dengan teori adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (asam lambung) dan deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Terdapat kesenjangan Pada kasus dengan teori, didalam teori tidak mengangkat nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (asam lambung) namun diagnose ini diangkat dibuktikan karena pasien mengatakan nyeri dibagian ulu hati, nyeri seperti ditekan-takan, nyeri hilang timbul, skala nyeri 3, pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak gelisah dan TTV pasien TD : 108/66 mmhg, N :105x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,7°C dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (asam lambung) dibuktikan karena Pasien mengatakan tidak nyaman dengan nyeri pada bagian ulu hati, Pasien mengeluh sulit tidur pada malam hari karena nyeri di bagian ulu hati, Pasien mengatakan tidak bisa rileks, Pasien mengatakan lelah, Pasien

tampak gelisah, Pasien tampak meringis kesakitan dan TTV pasien TD : 108/66 mmhg, N : 105x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,7°C. melihat dari kasus menurut (Sepdianto et al., 2022) diagnosa nyeri akut terjadi pada pasien karena adanya peradangan pada mukosa lambung menyebabkan respon saraf lokal yang dapat menimbulkan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis timbul dalam kasus dan didalam teori menurut (Hindrayanti, 2020) diagnose deficit pengetahuan pasien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya dan pola makan yang baik.

Faktor pendukung dalam menyusun diagnosa keperawatan adalah tersedianya data pasien yang lengkap, buku serta jurnal yang dapat digunakan sebagai pedoman penulis dalam menyusun diagnose keperawatan. Tidak ada faktor penghambat dalam proses analisa dan menentukan diagnosa keperawatan yang tepat dan sesuai dengan prioritas pasien.

C. Perencanaan keperawatan

Dalam menyusun perencanaan keperawatan berdasarkan prioritas, pada kasus penulis menyesuaikan dengan kebutuhan dasar pada manusia dan kondisi pasien. Perencanaan keperawatan dapat diawali dengan tujuan, lalu ke kriteria hasil, dan selanjutnya ke intervensi keperawatan. Tujuan keperawatan disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3 x 24 jam dan kriteria hasil disusun secara spesifik, dapat dicapai, dapat diukur, rasional dan mempunyai batas waktu yang diinginkan, sedangkan kriteria hasil yang penulis buat hampir sama sesuai dengan teori yang ada pada teori.

Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada intervensi diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif, pada kasus dilakukan penambahan dari perencanaan dikarenakan disesuaikan dengan kondisi pasien. Yaitu adapapun perencanaan yang dimunculkan oleh penulis adalah monitor tanda-tanda vital, Kolaborasikan pemberian KSR tablet 3 x 600 mg, lactulac syrup 3 x 15 ml dan kolaborasikan pemberian produk darah. Perencanaan ini dimunculkan untuk mengetahui perkembangan pada tanda-tanda vital, menghindari adanya konstipasi pada pasien, dan menambahkan kadar konsentrasi hemoglobin.

Faktor pendukung dalam menyusun perencanaan keperawatan adalah tersedianya data pasien yang lengkap, buku serta jurnal yang dapat digunakan sebagai pedoman penulis dalam menyusun perencanaan keperawatan. Tidak ada faktor penghambat dalam penyusunan perencanaan keperawatan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan disusun dan didokumentasikan. Dalam melakukan pelaksanaan keperawatan selama 24 jam maka diharapkan pelaksanaan keperawatan dapat dilakukan dengan maksimal dan perencanaan tercapai dengan tepat waktu. Penulis melakukan pelaksanaan keperawatan selama 3 hari. Penulis tidak mengalami kendala dalam melakukan pelaksanaan keperawatan, karena pasien dan keluarga kooperatif.

Dalam pelaksanaan keperawatan terdapat kesenjangan, ada beberapa perencanaan yang tidak penulis lakukan yaitu pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif adalah lakukan hidrasi, karena pasien sudah banyak minum tanpa

diedukasi, menganjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta karena pasien tidak memiliki riwayat maupun tanda-tanda hipertensi atau gangguan pada jantung, mengajarkan program diet rendah lemak penulis tidak mengajarkan karena selama dirumah sakit makanan terjamin akan kandungan gizinya, menganjurkan program rehabilitasi vaskular penulis tidak menganjurkan karena pasien tidak termasuk dalam kategori penyakit yang perlu untuk mengikuti program tersebut.

Pada diagnose nyeri akut ada beberapa perencanaan yang tidak dilakukan yaitu mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri karena menurut penulis pasien sudah mengetahui tentang nyeri itu seperti apa dibuktikan dengan saat ditanya pasien dapat menjelaskan nyeri yang dirasakan seperti apa.

Faktor pendukung dalam pelaksanaan keperawatan adalah adanya rasa saling percaya antara pasien dengan penulis dan kerjasama yang baik antara penulis dan perawat penanggung jawab di ruangan, sehingga penulis dapat melakukan pelaksanaan keperawatan dengan baik dan benar. Faktor penghambat dalam melakukan pelaksanaan keperawatan tidak ada

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan akhir yang dilakukan penulis dalam rangkaian penulis proses keperawatan. Evaluasi yang dilakukan oleh penulis adalah evaluasi proses dan evaluasi terakhir. Hasil dari empat diagnosa hanya dua diagnose yang ditemukan tercapai. Diagnosa ketiga yang tercapai adalah kelelahan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia) tercapai dengan evaluasi pasien mengatakan tenaga sudah kembali, tampak sudah bisa

beraktivitas dan tampak tidak lesu serta lemas dan pada diagnosa keempat deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tercapai dengan evaluasi pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya dan sudah mengetahui pola makan yang baik.

Dari keempat diagnosa keperawatan, ada dua diagnosa keperawatan yang tujuannya belum tercapai seluruhnya yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (asam lambung), dari hasil evaluasi pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, pasien mengatakan nyeri masih timbul saat malam hari, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk. Pasien sudah tidak tampak meringis, pola tidur pasien sudah membaik, skala 2, tanda – tanda vital, tekanan darah 108/72mmhg, nadi 88x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,1°C. Untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (asam lambung) belum tercapai maka intervensi yang harus dilanjutkan yaitu Identifikasi skala nyeri Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

Diagnose kedua yang tujuannya belum tercapai seluruhnya yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dengan evaluasi pasien mengatakan sudah tidak sakit kepala, pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing saat ingin beraktivitas, Pasien tampak tidak lesu dan lebih bertenaga, pasien tampak tidak pucat, crt < 3 detik, Hb 12,5 g/dl, tanda – tanda vital, tekanan darah 108/72mmhg, nadi 88x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,1°C. Untuk diagnose keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin belum tercapai maka intervensi yang harus dilanjutkan yaitu Periksa nadi,

warna , suhu, Monitor tanda-tanda vital, Kolaborasikan pemberian KSR tablet 3 x 600 mg, lactulac syrup 3 x 15 ml, kolaborasikan pemberian produk darah, jika perlu.

faktor pendukung adanya kriteri hasil yang terukur sehingga penulis lebih mudah dalam melakukan evaluasi. faktor penghambat dalam melakukan evaluasi keperawatan tidak ada.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini setelah penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam kepada Ny.N yang membahas tentang “Asuhan Keperawatan Pada Ny.N dengan Anemia Gravis di Ruang Nila Penyakit dalam Lt.13 RSUD Koja Jakarta Utara” pada tanggal 23 Maret – 25 Maret 2023 lalu membandingkan anantara tinjauan teori dengan tinjauan kasus, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran untuk meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien dengan anemia gravis.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian anemia gravis pada Ny.N adalah adanya riwayat perdarahan pada saat BAB, dan sekarang pasien baru selesai menstruasi, yang dibuktikan hasil laboratorium Hb 6,6 g/dl, jenis kelamin perempuan, tidak adanya penurunan berat badan dibuktikan berat badan 64. Pada pemeriksaan penunjang tidak semua dilakukan, pada kasus hanya dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil 22 maret 2023 hb 6,2 g/dl, Leukosit 10,52 g/dl dan 24 Maret 2023 Hb 7,8 g/dl, leukosit 7,01 g/dl yang menggambarkan sudah anemia.

Dari empat diagnose pada kasus, dua diantaranya sesuai dengan teori yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dan keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis dan yang

tidak sesuai dengan teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (asam lambung) dan deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Pada tahap perencanaan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus dimana perencanaan disesuaikan dengan kondisi pasien. Namun untuk beberapa diagnosis ada intervensi yang ditambahkan didalam kasus, yaitu pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif ditambahkan perencanaan memonitor tanda-tanda vital, kolaborasi pemberian KSR tablet 3 x 600 mg, lactulac syrup 3 x 15 ml dan kolaborasi pemberian produk darah. Hal ini dilakukan dengan alasan karena intervensi tersebut penting untuk membantu masalah pasien dan sebagai parameter untuk menilai keberhasilan dari tindakan.

Tahap pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah disusun, sebagian besar intervensi dapat dilaksanakan, namun ada berapa intervensi yang tidak dilakukan karena keterhambatan sesuai dengan kondisi pasien sehingga saat pelaksanaan intervensi tersebut tidak tepat diberikan kepada pasien.

Pada tahap evaluasi penulis mengetahui perkembangan pasien dan keberhasilan dari asuhan keperawatan yang telah diberikan. Dari empat diagnosa yang diangkat pada kasus Ny.N tujuan yang tercapai sebagian yaitu perfusi perifer tidak efektif dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (asam lambung) dua masalah lainnya yang sudah tercapai yaitu kelelahan berhubungan dengan kondisi fisiologis (anemia) dan deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

B. Saran

Dengan dilaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Anemia Gravis yang sudah penulis lakukan selama 3 x 24 jam banyak pengalaman yang penulis dapatkan sehingga guna meningkatkan mutu kualitas asuhan keperawatan dan kemudahan pelaksanaan tindakan keperawatan penulis mencoba memberikan saran yang dapat berguna bagi semua pihak, antara lain :

1. Bagi penulis

Untuk penulis agar terus bisa belajar dan mengembangkan ilmu keperawatan dalam bidang kesehatan khususnya menerapkan asuhan keperawatan dengan menambah wawasan dengan cara membaca buku, mengikuti seminar, dan mencari referensi jurnal melalui internet sehingga penulis mampu menerapkan langsung pada pasien dengan anemia gravis.

2. Bagi perawat ruangan

Unruk perawat ruangan diharapkan untuk mempertahankan kerjasama yang sudah baik dan bagus didalam ruangan, sehingga dapat terus memberikan pelayanan yang memuaskan dan terbaik unruk pasien.

DAFTAR PUSTAKA

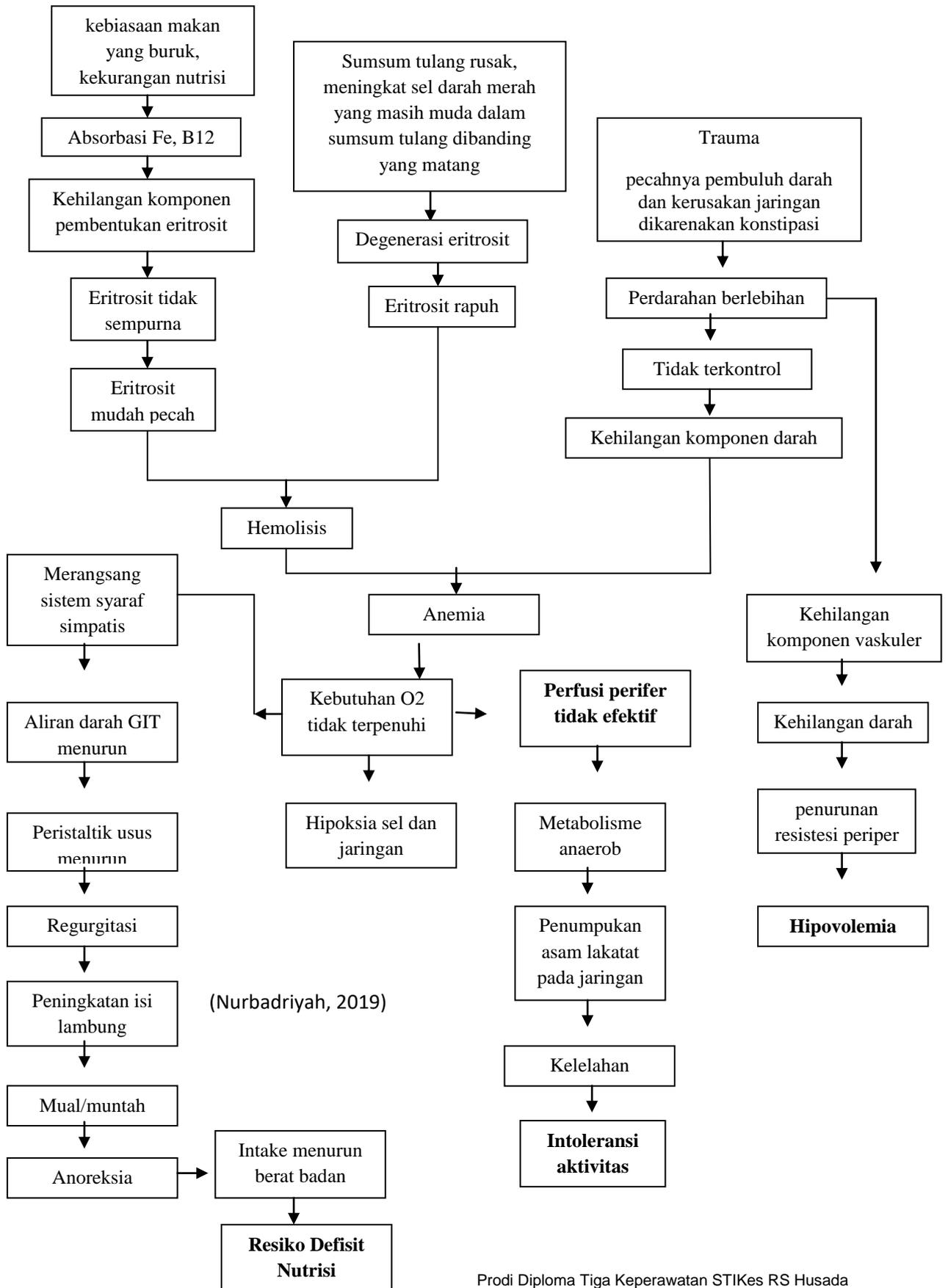
- Astuti, R. D. (2020). *pdf-artikel-jurnal-anemia-gravis-rev_compress*.
- Attaqy. (2021). *View of DETERMINAN ANEMIA PADA WANITA USIA SUBUR (15-49 TAHUN) PERNAH HAMIL DI INDONESIA*.
- Azwar. (2021). *Terapi Non Farmakologi untuk Pasien Anemia*. Pustaka Taman Ilmu.
- Desmawati. (2013). *SITEM HEMATOLOGI DAN IMUNOLOGI* (Mk. S. Dyah Juliastuti, SKp., MSc. (ed.)). Penerbit IN MEDIA.
- Harahap, N. R. (2018). Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri. *Nursing Arts*, 12(2), 78–90. <https://doi.org/10.36741/jna.v12i2.78>
- Hindrayanti, N. M. (2020). Gambaran asuhan keperawatan pemberian terapi relaksasi benson untuk mengatasi gangguan rasa nyaman pada pasien gastritis di wilayah UPT kesmas sukawati I kabupaten gianyar tahun 2020. *File:///C:/Users/VERA/Downloads/ASKEP_AGREGAT_ANAK_and_REMAJA_PRINT.Docx*, 21(1), 1–9.
- Jitowiyono, S. (2018). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Dengan Gangguan SITEM HEMATOLOGI*. PUSTAKA BARU PRESS.
- Kardiyudiani, N. K., & Susanti, B. A. D. (2019). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I* (S. S. Intan Kusuma Dewi (ed.)). PT.PUSTAKA BARU.
- Kusnadi, F. N. (2020). Open Acces Acces. *Jurnal Bagus*, 02(01), 402–406.
- Nurbadriyah, W. D. (2019). *ANEMIA DEFESIENSI BESI*. DEEPUBLISH.
- PPNI. (2018). *Standar luaran keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat. Persatuanm Perawat Nasional Indonesia.
- Sepdianto, T. C., Abiddin, A. H., & Kurnia, T. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis di RS Wonolangan Probolinggo: Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11, 220–225. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.734>

Solihah, R. (2020). *UPAYA PROMOTIF, PREVENTIF DAN DETEKSI DINI ANEMIA PADA REMAJA di SMPN 02 BANGKALAN.*

Sumariadi, Simamora, D., Nasution, L. Y., Hidayat, R., & Sunarti, S. (2021). Efektivitas Penerapan Guided Imagery terhadap Penurunan Rasa Nyeri Pasien Gastritis. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 3(1), 199–206. <https://doi.org/10.37287/jppp.v3i1.389>

Suprpto. (2022). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH.* PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI.

PATHWAY



ANALISA OBAT

1. KSR 600 mg

Indikasi :

Obat ini hanya digunakan untuk kalangan medis dalam pencegahan hipokalemia

Kontraindikasi :

Hindari pada pasien dengan gagal ginjal tahap lanjut, penyakit Addison yang tidak diobati, dehidrasi akut dan hiperkalemia.

Efek samping :

Mual, muntah, diare dan nyeri pada perut

Dosis :

Penggunaan obat ini harus sesuai dengan petunjuk dokter, pada pasien ini 3 x 1 tablet/ hari

2. Paracetamol 500 mg

Indikasi :

Obat ini digunakan untuk meredakan nyeri ringan hingga sedang seperti sakit kepala, sakit gigi, nyeri otot, dan menurunkan demam

Kontraindikasi :

Hindari pemberian pada pasien dengan gangguan fungsi hati berat dan alergi terhadap paracetamol.

Efek samping :

Pemakaian obat ini umumnya memiliki efek samping sesuai dengan masing-masing individu, yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat

adalah menyebabkan kerusakan pada fungsi hati/ reaksi hipersensitifitas/
alergi.

Dosis :

Penggunaan obat ini haru sesuai dengan petunjuk dokter, Pada pasien
diberikan 3 x 1 tablet 500 mg/hari

3. Lactulax syrup

Indikasi :

Konstipasi kronis

Kontraindikasi :

Hindari penggunaan pada penderita hipersensitif terhadap obat,
galaktosemia dan obstruksi usus

Efek samping :

Mual, muntah, diare m flatulensi

Dosis :

Penggunaan obat ini haru sesuai dengan petunjuk dokter , Pada pasien
diberikan 3 x 15 ml/ hari