



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.K DENGAN
ANEMIA ECAUSA HEMATEMESIS MELENA
DI RUANG PENYAKIT DALAM
LANTAI 14 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

KIKI KARLITA

2011061

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.K DENGAN
ANEMIA ECAUSA HEMATEMESIS MELENA
DI RUANG PENYAKIT DALAM
LANTAI 14 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

KIKI KARLITA

2011061

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Kiki Karlita

NIM : 2011061

Tanda tangan :



Tanggal : 13 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan Pada Tn.K Dengan

Anemia Ecausa Hematemesis Melena

Di Ruang Penyakit Dalam

Lantai 14 RSUD Koja

Jakarta Utara

Pembimbing

(Ns. Ni Made Suarti, S.Pd.,M.Kep)

Penguji I

(Ns. Fendy Yesayas, M.Kep)

Penguji II

(Dameria Br Saragih, S.Kp., M.Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

(Ellynia, S.E., M.M)
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 berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Ellynia, SE., MM, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada;
2. Ibu Ns. Veronica Yeni, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Kaprodi Diploma Tiga Keperawatan yang telah memberikan arahan, bimbingan serta dukungan semangat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
3. Ibu Ns. Ni Made Suarti, S.Pd.,M.Kep, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan dan membimbing saya dalam penyusunan Tugas Akhir ini;
4. Ns. Fendy Yesayas., M.Kep, selaku pembimbing akademi dan penguji I dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini;
5. Ibu Dameria Saragih, S.Kp.,M.Kep, selaku penguji II dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini;
6. Ibu Ella Yani, A.Md.Kep, selaku Kepala Ruangan beserta staf ruangan di Lantai 14 ruang Penyakit Dalam yang telah memberikan kesempatan serta membantu untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan;
7. Staf perpustakaan Kak Lila dan Kak Sandra yang telah banyak membantu untuk mencari buku-buku referensi;
8. Kepada Tn. K dan keluarga yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk memberikan Asuhan Keperawatan selama di RS;
9. Kepada mamih saya tercinta dan tersayang (Juhayani), papih saya (Ruhudin), kedua kakak saya (Ruri Niken Ikrasati dan Nunuk Rupita Salamah), kakak ipar

saya (Hajar Wibawanto) serta keponakan-keponakan saya yang selalu memberikan motivasi, doa dan semangat kepada penulis yang tak henti-hentinya memberikan dukungan moril atau materialitas serta kasih sayang yang amat luar biasa yang penulis dapatkan sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat diselesaikan dengan tepat waktu;

10. Kepada sahabat-sahabatku “Manusia Support System” (Muhamad Lutfi Yusuf dan Rivia Syifa Nurnisa) yang selalu ada untuk saya, yang selalu mendukung, mendoakan, memberikan semangat yang luar biasa dan tidak pernah bosan-bosan mendengarkan keluh kesah saya sejak awal masuk perkuliahan hingga akhir saat ini;
11. Kepada Bakaran (Gandyna, Ayu, Mia, Erfina, Prihatini dan Ining) terima kasih selama ini sudah menjadi teman yang selalu mendukung, mendoakan dan memberikan semangat yang tiada henti kepada penulis sehingga Tugas Akhir ini dapat diselesaikan dengan tepat waktu;
12. Kepada idola saya, TULUS. Terima kasih sudah menginspirasi dan menemani masa-masa sulit saya melalui mahakarya yang begitu indah untuk dinikmati, khususnya album “Manusia” yang merupakan sebuah pengingat bagi diri saya untuk lebih mencintai diri sendiri;
13. Teman-teman seperjuangan UAP hingga KTI (Evie, Nurma, Nurul dan Roven) yang selalu memberikan semangat dan mensupport satu sama lain;
14. Teman-teman kelas B angkatan XXXIII STIKes RS Husada yang telah berjuang bersama-sama dan sudah berbagi suka duka selama tiga tahun;
15. Teman-teman angkatan XXXIII STIKes RS Husada yang telah berjuang bersama-sama selama tiga tahun dan memberikan sejuta kenangan suka duka;

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 13 juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode Penulisan	6
E. Sitematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
A. Pengertian.....	8
B. Patofisiologi.....	8
1. Etiologi	8
2. Proses.....	10
3. Manifestasi Klinis.....	11
4. Klasifikasi.....	13
5. Komplikasi	14
C. Penatalaksanaan.....	15
D. Pengkajian Keperawatan	17
E. Diagnosa Keperawatan	24
F. Perencanaan Keperawatan	24
G. Pelaksanaan Keperawatan	33
H. Evaluasi Keperawatan	34
BAB III TINJAUAN KASUS.....	35
A. Pengkajian	35
B. Diagnosa Keperawatan.....	52
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	53

BAB IV PEMBAHASAN.....	79
A. Pengkajian	79
B. Diagnosa keperawatan.....	80
C. Perencanaan.....	82
D. Pelaksanaan	84
E. Evaluasi	86
BAB V PENUTUP.....	87
A. Kesimpulan.....	87
B. Saran.....	88
DAFTAR PUSTAKA.....	90

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Pathway.....	91
Lampiran 2	: Analisa obat.....	93
Lampiran 3	: Pemeriksaan Laboratorium.....	101
Lampiran 4	: Lembar Konsultasi	102

BAB I

LATAR BELAKANG

A. Latar Belakang

Anemia merupakan suatu kondisi dimana konsentrasi hemoglobin dan jumlah sel darah merah lebih rendah dari nilai normal sehingga tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan fisiologis seseorang (Chaparro, 2019). Anemia juga didefinisikan sebagai penurunan massa eritrosit, tidak dapat memenuhi fungsinya membawa oksigen dalam jumlah yang cukup ke jaringan perifer. Secara rasional anemia ditandai oleh penurunan kadar hemoglobin dan hematokrit. Menurut *World Health Organization* (WHO, 2013) batasan nilai kadar hemoglobin pada laki – laki dewasa umur > 15 tahun adalah 13.0 g/dL dan pada perempuan dewasa > 15 tahun adalah 12.0 g/dL

Anemia dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya seperti defisiensi zat besi, defisiensi asam folat, vitamin B12 dan protein. Secara langsung anemia terutama disebabkan karena produksi atau kualitas sel darah merah yang kurang dan kehilangan darah baik secara akut ataupun menahun (Kemenkes, 2018)

Anemia juga dapat disebabkan oleh perdarahan saluran cerna, yang secara klinis bermanifestasi sebagai *hematemesis*, *melena*, atau *hematochezia*. Perdarahan saluran cerna bagian atas (SCBA) ataupun saluran cerna bagian bawah (SCBB) adalah salah satu gawat darurat yang memerlukan tindakan

segera karena pasien atau klien berada dalam ancaman kematian sebab adanya gangguan hemodinamik (Sudoyono, 2017). Ada empat penyebab SCBA yang paling sering ditemukan ialah ulkus peptikum, gastritis erosif, varises esofagus dan rupture mukosa esofagogastrika. Semua keadaan ini meliputi sampai 90% dari semua kasus perdarahan saluran cerna bagian atas dengan ditemukannya suatu lesi yang pasti (Padila, 2018)

Hematemesis merupakan muntah darah, sedangkan *melena* ialah pengeluaran *feses* atau tinja yang berwarna kehitaman yang disebabkan karena adanya perdarahan saluran cerna bagian atas. Warna dari *hematemesis* bergantung pada lamanya atau kontak antara darah dengan asam lambung dan besar kecilnya perdarahan, sehingga dapat berwarna seperti kopi atau kemerah-merahan serta bergumpal. Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan *hematemesis melena* ialah hepatic (sindrom neuorapsikiatrik yang ditandai dengan perubahan kesadaran, penurunan intelektual, kelainan neurologis yang menyertai kelainan parenkim hati), syok hipovolemik, aspirasi pneumonia, anemia posthemoragik (kehilangan darah yang mendadak dan tidak disadari). Sering nya mengkonsumsi obat – obatan *Nonsteroid Anti-inflammatory Drugs* (NSAID) atau steroid dalam jangka waktu yang panjang merupakan salah satu penyebab terjadinya melena, merokok sering menjadi pemicu perdarahan saluran cerna bagian atas (Hapsari H, 2020)

Melena merupakan perdarahan yang biasanya muncul dari saluran pencernaan bagian atas yang meliputi mulut, kerongkongan, lambung dan

bagian pertama dari usus kecil. *Hematochezia* tidak sama dengan *melena*, ketika *hematochezia* terjadi, darah yang merah segar pada tinja yang biasanya berasal dari saluran pencernaan bagian bawah, pada umumnya sering terjadi dari perdarahan pada dubur seperti wasir (Puspa, 2018).

Menurut WHO (2021) prevalensi anemia pada wanita sebesar 29,9% pada usia 15 – 49 tahun menderita anemia pada tahun 2019. Menurut data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS, 2018) prevalensi anemia menurut karakteristik angka kejadian anemia di Indonesia berdasarkan jenis kelamin yaitu laki – laki sebesar 20,3% sedangkan pada perempuan sebesar 27,2%. Prevalensi anemia berdasarkan usia 5 – 14 tahun sebesar 26,8%, pada usia 15 – 24 tahun sebesar 32,0%, usia 25 – 34 tahun sebesar 15,1%, usia 66 – 74 tahun sebesar 31,7% dan pada usia diatas 75 tahun sebesar 42.3%. Menurut penelitian Prasetya, H. R. (2018) di panti wreda Yogyakarta Distribusi Frekuensi Angka Kejadian Anemia pada lansia yang mempunyai kadar hemoglobin di bawah normal yaitu 35 orang sebesar 67,35 dan normal 17 orang sebesar 32,7%.

Menurut data yang didapatkan dari rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Koja maka didapatkan jumlah pasien dengan kasus anemia ec hematemesis melena dari bulan Januari 2022 sampai bulan Januari 2023 sebanyak 77 dari jumlah total pasien yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Koja dengan anemia ec hematemesis melena dari 29.938.

Jika dibiarkan tanpa penanganan, anemia dapat berisiko menyebabkan komplikasi serius seperti kesulitan melakukan aktivitas akibat kelelahan,

masalah pada jantung seperti gangguan irama jantung (aritmia) serta gagal jantung, gangguan pada paru – paru seperti hipertensi pulmonal (Windy, 2021).

Mengenai berbagai permasalahan diatas maka peran perawat sangat penting dan diperlukan dalam penanganan masalah pada anemia ecausa hematemesis melena melalui upaya promotif dengan memberikan informasi tentang anemia. Upaya preventif yang dapat dilakukan dengan cara mengurangi faktor risiko atau sebagai tindakan pencegahan dengan cara menekankan kepada penderita untuk mengkonsumsi makanan kaya akan zat besi dan asam folat seperti sayuran berdaun hijau gelap serta diberikan tranfusi darah jika diperlukan, menghindari meminum obat tanpa resep serta obat – obatan yang dapat melukai lambung diantaranya seperti ibuprofen, natrium diklofenak, asam mefenamat, aspirin, piroxicam dan meloxicam. Upaya kuratif yang dapat dilakukan ialah memberikan terapi sesuai program. Upaya rehabilitatif menganjurkan pasien untuk menjaga pola hidup sehat dan menjaga asupan makanan dan kontrol kesehatan ke dokter secara teratur.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah penulis mampu memberikan asuhan keperawatan serta diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Anemia Ecausa Hematemesis Melena.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan karya tulis ini yaitu penulis :

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien anemia ecausa hematemesis melena.
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien anemia ecausa hematemesis melena.
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien anemia ecausa hematemesis melena.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan pada pasien anemia ecausa hematemesis melena.
- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien anemia ecausa hematemesis melena.
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik pada pasien anemia ecausa hematemesis melena.
- g. Mampu mengidentifikasi faktor – faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah pada pasien anemia ecausa hematemesis melena.
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien anemia ecausa hematemesis melena.

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis membahas satu kasus yaitu “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.K dengan Anemia Ecausa Hematemesis Melena di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1401, Rumah Sakit

Umum Daerah Koja Jakarta selama 3 x 24 jam dari tanggal 13 sampai dengan tanggal 15 Maret 2023.”

D. Metode Penulisan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan metode deksriptif dan metode studi kepustakaan. Dalam metode deksriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus yang dimana penulis mengelola kasus dengan menggunakan beberapa teknik pengumpulan data keperawatan antara lain, studi kepustakaan yaitu dengan membaca serta mempelajari buku yang berhubungan dengan penyakit anemia ecausa hematemesis melena, studi dokumentasi dengan mengumpulkan data dan mempelajari rekam medis, wawancara langsung dengan keluarga dan pasien, observasi secara langsung, serta pemeriksaan fisik pada pasien anemia ecausa hematemesis melena yang meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

E. Sitematika Penulisan

Sistematika penulisan dari Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari lima BAB yang disusun berdasarkan garis besar, yaitu :

BAB I merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup dan sistematika penulisan.

BAB II merupakan tinjauan teori yang terdiri dari pengertian, patofisiologi (etiologi, proses, manifestasi klinik dan komplikasi), penatalaksanaan (terapi dan tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan), pengkajian

keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB III merupakan tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB IV merupakan bab pembahasan yang membahas tentang ditemukan kasus dengan literatur yang ada meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB V merupakan bab penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Anemia merupakan suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah atau jumlah dari hemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam sel darah merah berada dibawah normal. Sel darah merah yang mengandung hemoglobin memungkinkan mengangkut oksigen dari paru – paru dan mengantarkannya ke seluruh tubuh (Desmawati, 2013).

Anemia adalah suatu kondisi klinis akibat kurangnya suplai sel darah merah sehat, volume sel darah merah, serta jumlah hemoglobin. Hipoksia terjadi sebab tubuh kekurangan oksigen. (Black, 2014)

Anemia adalah suatu kondisi dimana hemoglobin atau jumlah sel darah merah didalam tubuh kurang dari normal. Kadar hemoglobin normal umumnya berbeda pada laki – laki dan perempuan. Pada laki – laki umumnya dengan nilai kurang dari 13.0 g/dL, sedangkan perempuan kurang dari 12.0 g/dL (Suryani, 2020).

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Penyebab paling umum dari anemia ialah kekurangan zat gizi yang dibutuhkan untuk sintesis eritrosit diantaranya zat besi, vitamin B12

serta asam folat, selain itu akibat dari beragam jenis kondisi lainnya seperti mengalami perdarahan, kelainan genetik, penyakit kronik, keracunan obat dan lain sebagainya (Desmawati, 2013).

Pada laki – laki dan perempuan pada pasca menopause penyebab yang paling sering dijumpai ialah perdarahan seperti perdarahan dari ulkus, gastritis, atau adanya tumor pada saluran pencernaan. Anemia dapat juga disebabkan oleh rendahnya asupan makanan zat besi, gangguan absorpsi serta kehilangan besi akibat dari perdarahan menahun, seperti :

- a. Kehilangan besi sebagai akibat dari perdarahan menahun yang dapat berasal dari saluran cerna yang disebabkan oleh tukak peptic, kanker lambung, kanker kolon, diverticulosis, hemoroid serta infeksi cacing tambang, saluran genitalia wanita seperti menorrhagia atau metrorrhagia, saluran kemih seperti hematuria. saluran napas seperti hemoptoe.
- b. Faktor nutrisi
Akibat dari kurangnya jumlah besi total dalam makanan atau kualitas besi yang tidak baik seperti makanan banyak serat, rendah vitamin C dan rendah daging.
- c. Kebutuhan besi meningkat
Seperti pada prematuritas, anak yang dalam masa pertumbuhan serta kehamilan.

d. Gangguan absorpsi

Gastrektomi, tropical sprue atau kolitis kronik.

2. Proses

Jumlah hemoglobin dan sel darah merah yang rendah adalah ciri khas dari anemia. Anemia merupakan penyakit kurang darah, fungsi dari darah ialah membawa makanan dan oksigen ke seluruh tubuh. Jika pasokan ini berkurang, maka asupan oksigen pun berkurang. Akibatnya dapat menghambat organ-organ penting untuk berfungsi salah satunya otak. Ada 2,5 miliar sel bioneuron di otak. Jika kapasitasnya hilang, otak akan seperti komputer dengan memori yang lemah, waktu respons yang lambat dan kerusakan yang tidak dapat diperbaiki (Desmawati, 2013).

Pada orang-orang yang sering atau mempunyai riwayat kebiasaan mengonsumsi obat anti nyeri golongan NSAID tanpa anjuran dokter maupun kontrol ke dokter dapat menyebabkan terjadinya perdarahan pada SCBA. Terdapat empat penyebab perdarahan SCBA yang paling umum ditemukan ialah ulkus peptikum, gastritis erosif, varises esofagus dan rupture mukosa esofagogastrika (Padila, 2018)

Gastritis dapat berkaitan dengan riwayat sering mengonsumsi alkohol atau dengan penggunaan obat-obat antiinflamasi seperti aspirin, ibuprofen, piroxicam atau meloxicam. Obat golongan NSAID ini merupakan obat-obatan yang paling sering menyebabkan ulkus peptikum, ketika sudah terjadi ulkus peptikum dalam jangka waktu yang lama, maka bisa menyebabkan atau menimbulkan perdarahan pada

SCBA yang menyebabkan terjadinya hematemesis melena. Hematemesis atau muntah darah dan melena atau berak darah merupakan keadaan yang diakibatkan karena perdarahan SCBA. Obat lain yang dapat menimbulkan hematemesis melena adalah golongan kortikosteroid, butazolidin, reserpine, spironolakton, dan lain sebagainya (Padila, 2018).

Munculnya anemia menandakan adanya kegagalan pada sumsum tulang atau kehilangan sel darah merah yang berlebihan atau keduanya. Kegagalan inti dapat disebabkan oleh kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor atau sebagian besar penyebab tidak diketahui. Sel darah merah bisa hilang melalui perdarahan atau hemolisis (destruksi), hal ini dapat disebabkan oleh kerusakan sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketebalan dan menyebabkan kerusakan pada sel darah merah (Desmawati, 2013).

3. Manifestasi Klinis

Menurut Black & Hawks (2014) manifestasi yang bisa muncul pada pasien anemia bergantung pada tingkat keparahan dan kecepatan hilangnya darah, usia pasien, sudah berapa lama terjadinya anemia, dan apakah adanya kelainan yang menyertai. Pasien dengan anemia ringan (kadar Hb 10 sampai 14 g/dL) biasanya akan timbul asimtomatis. Sedangkan pada pasien dengan anemia sedang (kadar Hb <6 g/dL) misalnya pada pasien gagal ginjal kronis, dapat saja terjadi asimtomatis sebab anemia nya terjadi secara bertahap. Lalu pada pasien dengan

anemia berat (kadar Hb <6 g/dL) tampak pucat, mudah kelelahan, malaise, berkunang-kunang, sakit kepala, dispnea, kulit tampak kering, kuku tampak rapuh, kuku berbentuk sendok dengan tepian memanjang, pandangan kabur, sklera ikterus, takikardia, jantung berdebar-debar, angina murmuralis, kardiomegali, gagal jantung, anoreksia, disfagia, nyeri abdomen, hematemesis (muntah darah), feses hitam seperti ter/aspal, hepatomegali, hematuria, nyeri punggung, kehilangan keseimbangan, kecemasan.

Menurut Hardhi (2015) manifestasi klinis yang paling sering muncul pada pasien anemia ialah, pusing, berkunang-kunang, aktivitas berkurang, rasa mengantuk, sulit berkonsentrasi, cepat merasa lelah. Sedangkan manifestasi klinis dari masing-masing anemia ialah, pada anemia defisiensi zat besi seperti perdarahan berulang atau kronik pada anemia pasca perdarahan, pada anemia hemolitik seperti ikterus, urine berwarna kuning tua atau coklat, perut mronkol atau semakin buncit, pada anemia aplastic dan anemia karena keganasan seperti mudah infeksi.

Menurut Jitowiyono (2018) secara umum, semakin cepat anemia berkembang maka akan semakin parah gejalanya. Orang yang biasanya sangat aktif atau memiliki tuntutan signifikan terhadap kehidupan mereka, cenderung akan memiliki gejala yang lebih tinggi dari pada orang yang lebih banyak duduk. Beberapa anemia diperparah oleh

berbagai kelainan yang tidak diakibatkan oleh anemia namun secara inheren dikaitkan dengan penyakit tertentu.

4. Klasifikasi

Klasifikasi anemia secara morfologis menurut Desmawati (2013)

1) Anemia Makrositik

Anemia makrositik ialah ukuran sel darah merah yang bertambah besar dan jumlah hemoglobin tiap sel juga bertambah. Terdapat dua jenis anemia makrositik diantaranya ialah :

a. Anemia Megaloblastik

Anemia kekurangan vitamin B12, asam folat dan gangguan sintesis DNA.

b. Anemia Non Megaloblastik

Eritropoiesis yang dipercepat dan peningkatan luas pada permukaan membran.

2) Anemia Mikrositik

Anemia mikrositik ialah mengecilnya ukuran sel darah merah yang disebabkan oleh defisiensi besi, gangguan sintesis globin, porfirin dan heme serta juga gangguan pada metabolisme besi lainnya.

3) Anemia Normositik

Anemia normositik ialah ukuran sel darah merah yang tidak berubah, disebabkan oleh kehilangan darah yang berlebih, meningkatnya volume plasma secara berlebih, penyakit hemolitik, gangguan endokrin serta juga ginjal dan hati.

5. Komplikasi

Menurut Jitowiyono (2018) pada pasien anemia apabila tidak diobati atau tidak mendapatkan perawatan yang baik maka dapat menyebabkan banyak masalah kesehatan lebih lanjut seperti :

a. Kelelahan berat

Jika mengalami anemia yang cukup berat, seseorang mungkin akan merasakan perasaan yang sangat lelah sehingga tidak bisa menyelesaikan aktivitas sehari – hari.

b. Pada kehamilan

Pada wanita hamil dengan anemia defisiensi folat mungkin akan lebih cenderung mengalami komplikasi seperti terjadinya kelahiran premature.

c. Gangguan pada jantung

Anemia juga dapat menyebabkan detak jantung cepat atau ireguler (aritmia). Jika seseorang menderita anemia, jantung harus memompa lebih banyak darah untuk mengimbangi kekurangan oksigen dalam darah. Hal ini bisa menyebabkan jantung membesar dan mengalami gagal jantung.

d. Kematian

Anemia turunan seperti anemia sel sabit, dapat menyebabkan komplikasi yang mengancam jiwa. Kehilangan banyak darah dengan cepat mengakibatkan anemia akut dan berat serta bisa berakibat fatal.

C. Penatalaksanaan

1. Terapi

Penatalaksanaan terapi menurut Amalia & Agustyas (2016) sebagai berikut :

- a. Terapi zat besi oral : pada bayi dan anak terapi besi elemental yang biasanya diberikan dengan dosis 3-6 mg/kgBB/hari, diberikan dalam dua dosis, 30 menit sebelum sarapan pagi dan makan malam. Terapi zat besi diberikan selama 1 sampai 3 bulan dengan jangka waktu lama maksimal 5 bulan. Enam bulan setelah pengobatan selesai harus dilakukan pemeriksaan kembali kadar Hemoglobin untuk memantau apakah terapi yang diberikan berhasil atau tidak.
- b. Terapi zat besi intramuscular atau intravena dapat dipertimbangkan bila respon pengobatan oral tidak berjalan dengan baik, efek samping yang ditimbulkan dapat berupa demam, mual, urtikaria, hipotensi, nyeri kepala, lemas, artralgia, bronkospasme sampai relaksasi anafilaktik.

2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan

Penatalaksanaan anemia ditunjukkan guna mencari penyebab dan mengobatinya menurut Safira (2019) yaitu :

- a. Transplantasi sumsum tulang

Pada penderita anemia aplastik jika sumsum tulang sudah tidak dapat lagi menghasilkan sel darah merah yang sehat, pilihan

tindakan pengobatannya ialah dengan melakukan transplantasi sumsum tulang.

b. Tranfusi darah

Tranfusi darah sangat diperlukan untuk mengganti darah yang hilang dan mempertahankan kadar Hb 50% sampai 70% nilai normal. Pemberian tranfusi diberikan bila terjadi perdarahan yang luas. Ada tiga macam tranfusi darah, diantaranya :

1) WB (*Whole Blood*) atau darah utuh

WB merupakan darah utuh yang mengandung semua komponen darah (eritrosit, leukosit, platelet serta plasma darah). Tranfusi darah utuh dibutuhkan guna penggantian sel darah merah sesegera mungkin seperti pada kasus kecelakaan yang menyebabkan cedera berat sehingga kehilangan banyak darah.

2) PRC (*Packed Red Cells*) atau sel darah merah

PRC merupakan sel darah merah pekat berisi eritrosit, leukosit dan sedikit plasma juga trombosit, yang dimana didapatkan dengan memisahkan sel darah merah dari plasma sehingga didapatkan sel darah merah dengan nilai hematokrit yang tinggi sekitar 69% sampai 70%. Satu kantung PRC standarnya berisikan 150 sampai 200 mL PRC dengan massa sel darah merah 100 sampai 200 mL. diberikan pada pasien anemia yang mengalami defisiensi pada sel darah merahnya saja. Diberikan pada pasien yang pulih dari operasi tertentu, korban kecelakaan, memiliki kelainan seperti thalassemia,

leukemia, riwayat penyakit jantung dengan kadar Hbnya kurang dari 8g/dL dan juga pada pasien rawat inap yang kondisinya stabil tetapi dengan kadar hemoglobin darahnya < 7 g/dL.

3) PC (*Platelet Concentrate*) atau konsetrat platet

PC merupakan komponen darah yang tidak berwarna untuk pembekuan darah. Diberikan pada penderita yang mengalami gangguan plateket oleh sumsum tulang belakang.

c. Pemberian vitamin B12

Pada penderita anemia megaloblastik dapat diberikan vitamin B12 dengan melalui injeksi, diberikan pada pasien yang selama masa hidupnya guna mencegah kekambuhan anemia.

d. Pemberian obat-obatan hemostatik

Obat-obatan hemostatik seperti vitamin K 4x10 mg/hari, karboosokrom (adona AC), antasida dan golongan H₂ reseptor antagonis yang berguna untuk menanggulangi perdarahan.

D. Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan anemia menurut Brunner & Suddarth (2014) ialah :

- a. Identitas pasien berupa nama, umur, agama, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan terakhir serta alamat pasien, keluhan yang sedang dirasakan oleh pasien saat ini.
- b. Dapatkan riwayat kesehatan pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan dapatkan hasil laboratorium.

- c. Tanyakan kepada pasien mengenai tingkat keparahan dan jenis segala gejala yang dialami oleh pasien dan menanyakan mengenai dampak gejala tersebut pada gaya hidup, tanyakan mengenai riwayat pengobatan, asupan alcohol dan mengenai kerja keras yang dilakukan oleh pasien (olahraga atau latihan ekstrem).
- d. Tanyakan mengenai riwayat keluarga tentang anemia yang diwariskan atau dialami oleh anggota keluarga.
- e. Melakukan pengkajian nutrisi: tanyakan tentang kebiasaan diet yang dapat menyebabkan defisit nutrisi seperti defisiensi zat besi, vitamin B12 dan asam folat.
- f. Pantau hasil test laboratorium yang relevan, lalu perhatikan atau catat adanya perubahan.
- g. Kaji kondisi jantung : takikardia, palpitasi, dispnea, ortopnea, kardiomegali, hepatomegaly dan edema perifer.
- h. Kaji fungsi gastrointestinal : mual, muntah, diare, melena atau tinja berwarna hitam, anoreksia, tanyakan mengenai periode menstruasi serta penggunaan suplemen atau vitamin zat besi selama kehamilan.
- i. Kaji defisit neurologis (penting pada anemia pernisiiosa) : adanya dan tingkat keparahan kebas perifer dan paresthesia, ataksia, koordinasi yang buruk, dan kebingungan atau konfusi.
- j. Kaji adanya riwayat penyakit terdahulu seperti sirosis hepatis, gagal ginjal kronik serta diabetes melitus.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien anemia menurut Doenges (2014) yaitu :

a. Aktivitas / istirahat

Tanda : Keletihan, kelemahan, malaise umum, menjadi tidak produktif, menurunnya antusias untuk bekerja, minat untuk melakukan olahraga kurang, kebutuhan yang lebih besar untuk istirahat dan tidur.

Gejala : Takikardi dan takipnea, dispnea ketika mengeluarkan tenaga atau istirahat (anemia berat atau aplastik), letargi, apatis, tidak bertenaga, kurang tertarik dengan lingkungan sekitar, kelemahan otot, penurunan kekuatan otot, ataksia, postur tubuh bungkuk, bahu turun, berjalan secara lambat.

b. Sirkulasi

Tanda : Riwayat kehilangan darah kronis seperti mengalami perdarahan, GI kronis, haid yang berlebihan, angina (terutama pada lansia), riwayat endocarditis infeksi kronis, palpitasi (takikardia kompensatori), tangan dan kaki teraba dingin, kuku rapuh.

Gejala : Takikardia, tekanan darah sistolik meningkat dengan diastolic stabil dan tekanan nadi melebar, nadi pantul (*bounding*) dan pulsasi karotis berdenyut merefleksikan peningkatan curah jantung sebagai mekanisme kompensasi guna memenuhi kebutuhan sel terhadap oksigen dan nutrient, disritmia, abnormalitas elektrokardiogram, depresi segmen ST atau depresi gelombang T,

sistolik murmur, warna pada ekstremitas pucat dari mulai telapak tangan, bantalan kuku, sklera berwarna biru atau putih Mutiara, icterus, membrane mukosa pucat, waktu pengisian kapiler tertunda sebab berkurangnya aliran darah ke perifer yang menyebabkan vasokonstriksi, kuku rapuh berbentuk seperti sendok.

c. Integritas ego

Tanda : Perasaan yang negatif tentang diri sendiri

Gejala : Depresi

d. Eliminasi

Tanda : Riwayat pielonefritis, gagal ginjal, flatulens, sindrom malabsorpsi, hematemesis, darah segar didalam darah, melena, diare atau konstipasi, berkurangnya haluaran urine.

Gejala : Distensi abdomen

e. Makanan / cairan

Tanda : Asupan makanan yang rendah, asupan protein hewani yang rendah, asupan produk sereal yang tinggi, sariawan mulut atau lidah, kesulitan menelan, mual, muntah, dyspepsia, anoreksia, penurunan berat badan.

Gejala : Lidah terlihat berwarna merah seperti daging sapi dan licin (defisiensi asam folat dan vitamin B12), membrane mukosa kering dan pucat, turgor kulit buruk dengan tekstur kering dan berkerut serta kurang elastis, stomatitis dan glossitis, keilitis.

f. Hygiene

Tanda : Kesulitan mempertahankan aktivitas kehidupan sehari-hari.

Gejala : Penampilan tidak rapi, rambut tampak kering, rapuh, menipis, uban premature.

g. Neurosensori

Tanda : Sakit kepala, pingsan, pusing, vertigo, tinnitus, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi, insomnia, berkurangnya penglihatan, kelemahan, keseimbangan yang buruk, tungkai yang lemah, sensasi kedinginan.

Gejala : Iritabilitas, gelisah, depresi, mengantuk, apatis, kondisi mental respons lambat, tumpul yang terlihat jelas, hemoragi retina, epistaksis, perdarahan dari lubang lain seperti hidung, gangguan koordinasi, ataksia, penurunan kepekaan terhadap sensasi posisi dan vibrasi, tanda Romberg positif, paralisis.

h. Nyeri

Tanda : Nyeri pada abdomen yang tidak jelas, sakit kepala, nyeri pada mulut.

i. Respirasi

Tanda : Napas menjadi pendek ketika istirahat dan beraktivitas.

Gejala : Takipnea, dispnea terutama selama setelah olahraga, ortopnea.

j. Keamanan

Tanda : Riwayat pekerjaan terpajan zat kimia benzena, timah,

insektisida, fenilbutazon, naftalen (anemia aplastik, hemolitik), riwayat terpajan radiasi baik sebagai modalitas terapi maupun ketidaksengajaan (anemia aplastik, hemolitik), riwayat kanker, terapi kanker (anemia aplastik, hemolitik), intoleran terhadap dingin serta panas, tranfusi darah yang pernah dilakukan, gangguan penglihatan, penyembuhan luka secara lambat sehingga sering terinfeksi, masalah kulit termasuk pecah-pecah pada bagian pinggir mulut.

Gejala : Demam dengan derajat rendah, limfadenopati menyeluruh, petekie dan ekimosis.

k. Seksualitas

Tanda : perubahan aliran menstruasi (menoragi atau amenore) pada wanita, hilangnya libido (pada laki-laki dan wanita), impotensi.

Gejala : Serviks dan dinding vagina berwarna pucat, impotensi.

l. Penyuluhan / pembelajaran

Kecenderungan keluarga untuk mengalami anemia, riwayat penggunaan antikonvulsan, antibiotik, aspirin, obat anti-inflamasi, atau antikoagulan, penggunaan alkohol kronis, perdarahan aktif yang baru saja terjadi atau yang sedang terjadi, pembedahan sebelumnya (seperti splenektomi, eksisi tumor, penggantian katup prostetik, eksisi bedah duodenum, atau reseksi lambung, gastrektomi parsial atau total) untuk menurunkan berat badan atau penyakit, masalah dengan penyembuhan luka atau perdarahan,

infeksi kronis.

3. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Doenges (2014) ; Hadi (2013) pemeriksaan diagnostik pada pasien dengan anemia ialah :

- a. Hitung darah lengkap (HDL) : pemeriksaan skrining khususnya mencakup hemoglobin, hematokrit, morfologi, indeks luas distribusi sel darah merah, trombosit dan leukosit.
- b. Hitung SDM : jumlah SDM per unit volume.
- c. Laju endap darah (LED) : mengukur laju SDM mengendap.
- d. WBC : hitung sel total dan SDM spesifik disebut dengan diferensial.
- e. Hitung trombosit : trombosit memiliki fungsi penting dalam koagulasi.
- f. Eritropoietin : hormon yang menstimulasi sumsum tulang untuk memproduksi sel darah merah.
- g. Zat besi serum : mengukur kadar zat besi dalam bagian darah yang cair.
- h. Kapasitas ikatan zat besi total / total iron-binding capacity (TIBC) : mengukur jumlah zat besi yang dapat dibawa melalui darah
- i. Fenitin serum : menunjukkan jumlah cadangan zat besi didalam tubuh.
- j. Pemeriksaan radiologis : untuk pemeriksaan esopagogram untuk daerah esofagus dan double contrast untuk lambung dan duodenum. Pemeriksaan ini dilakukan pada berbagai posisi terutama pada 1/3 distal esofagus, kardial serta fundus lambung untuk mengetahui ada tidaknya varises sedini mungkin setelah hematemesis berhenti.

- k. Pemeriksaan endoscopy : untuk menentukan asal dan sumber perdarahan yang terjadi. Pemeriksaan dilakukan sedini mungkin setelah hematemesis berhenti.

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien anemia menurut PPNI (2018) yaitu:

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi, penurunan transfer oksigen ke paru.
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.
3. Nyeri akut b.d perubahan frekuensi jantung.
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang kurang, anoreksia.
5. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan fisik.
6. Risiko infeksi ditandai dengan faktor risiko penurunan hemoglobin.

F. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah segala bentuk asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat berdasarkan keahlian dan penilaian klinis mereka untuk mencapai hasil atau luaran (outcome) yang diharapkan.

Perencanaan menurut PPNI (2018) ; Doenges (2014) :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi, penurunan tranfer oksigen ke paru.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan pola napas membaik.

Kriteria hasil : dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik.

Perencanaan :

a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

Rasional : napas dangkal, *splinting* pernapasan (berkurangnya upaya napas akibat nyeri tajam ketika menarik napas), dan menahan napas dapat mengakibatkan hipoventilasi serta atelektasis.

b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering)

Rasional : suara napas sering kali menghilang di dasar paru selama periode waktu tertentu setelah pembedahan karena atelectasis yang normal terjadi. Kehilangan suara napas aktif di area ventilasi sebelumnya dapat merefleksikan kolaps pada segmen paru, terutama jika selang dada baru saja dilepaskan. *Crackles* atau ronki dapat mengindikasikan akumulasi cairan karena edema interstisial, edema pulmonal atau infeksi atau obstruksi jalan napas parsial dengan penumpukan sekresi.

c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional :batuk secara sering dapat semata-mata terjadi karena iritasi tenggorok akibat pemasangan selang endotrakeal (ET) sewaktu operasi atau dapat merefleksikan kongesti pulmonal. Sputum purulent (bernanah) menunjukkan awitan infeksi pulmonal.

d. Posisikan semi-fowler atau fowler

Rasional : meningkatkan fungsi pernapasan dan ekspansi paru. Efektif dalam mencegah dan mengatasi kongesti paru.

e. Berikan oksigen, *jika perlu*

Rasional : meningkatkan penghantaran oksigen ke paru untuk ambilan sirkulasi, terutama dalam kondisi penurunan dan perubahan ventilasi.

f. Anjurkan asupan cairan 2.000ml/hari. *Jika tidak ada kontraindikasi*

Rasional : hidrasi yang adekuat membantu mengencerkan sekresi, memfasilitasi ekspektorasi.

g. Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional : membantu pengembangan kembali paru dan mempertahankan kepatenan jalan napas yang kecil, terutama setelah pelepasan selang dada. Batuk tidak diperlukan kecuali terdapat mengi dan ronki yang mengindikasikan retensi sekresi.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat.

Kriteria hasil : kekuatan nadi perifer membaik, akral membaik, warna kulit pucat menurun, turgor kulit menurun.

Perencanaan :

- a. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)

Rasional : indikasi ketidakadekuatan perfusi sitemik

- b. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas

Rasional : mencegah vasokonstriksi. Membantu mempertahankan sirkulasi dan perfusi. Suhu tubuh yang tinggi dapat menyebabkan diaphoresis, meningkatkan kehilangan cairan tubuh secara tidak sadar dan risiko dehidrasi. Hipotermia juga dapat memperburuk gangguan kardiovaskular yang disertai dengan anemia berat.

3. Nyeri akut berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun.

Kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menuurn, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik.

Perencanaan :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional : nyeri akut yang dialami dapat bersifat lokal, berpindah atau lebih menyeluruh dan digambarkan sebagai berdenyut, terasa digigit atau yang parah dan tidak tertahankan

b. Identifikasi respon nyeri non verbal

Rasional : isyarat non verbal dapat membantu mengevaluasi nyeri dan keefektifan terapi. Nyeri bersifat unik pada tiap pasien karenanya mungkin akan terdapat berbagai deskripsi nyeri karena persepsi bersifat individual.

c. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)

Rasional : membantu meredakan otot. Kompres hangat menyebabkan vasodilatasi dan meningkatkan sirkulasi pada area yang hipoksik.

d. Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional : memberikan dan mengatur posisi untuk mengurangi edema, ketidaknyamanan dan risiko cedera, terutama jika terjadi osteomielitis.

e. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Rasional : melibatkan pasien atau orang terdekat pasien dalam asuhan dan memungkinkan untuk mengidentifikasi terapi yang diketahui dapat meredakan nyeri. Membantu dalam menetapkan kebutuhan terapi individual.

f. Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

Rasional : opioid merupakan pengendali nyeri utama selama krisis dan biasanya diberikan via analgesia yang dikontrol pasien (*patient controlled analgesia, PCA*). Sediaan oral lebih dipilih untuk terapi jangka panjang dan dapat mulai diberikan ketika pasien masih menerima analgesia IV.

4. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang kurang, anoreksia.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik.

Kriteria Hasil : porsi makan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, indeks massa tubuh (IMT) membaik, membrane mukosa membaik.

Perencanaan :

a. Identifikasi status nutrisi

Rasional : mengidentifikasi defisiensi dan menyarankan intervensi yang dapat dilakukan. Catatan : catatan buku harian makanan selama beberapa waktu mungkin dibutuhkan untuk mengidentifikasi anemia terkait defisiensi nutrient seperti pada diet tanpa daging, defisiensi zat besi dan vitamin B12 atau setidaknya jumlah sayuran berdaun didalam diet defisiensi asam folat.

b. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

Rasional : pantau asupan kalori atau insufisiensi kualitas makanan yang dikonsumsi.

c. Monitor berat badan

Rasional : pantau penurunan berat badan dan keefektifan intervensi nutrisi.

d. Rekomendasikan makanan porsi kecil dan sering serta makanan ringan di antara waktu makan.

Rasional : dapat meningkatkan asupan ketika mencegah distensi lambung. Gunakan suplemen cair seperti Ensure, Boost, atau produk serupa yang memberikan tambahan protein dan kalori.

e. Anjurkan diet yang diprogramkan

Rasional : jika terjadi lesi oral, nyeri dapat membatasi jenis makanan yang dapat ditoleransi oleh pasien.

f. Lakukan oral hygiene sebelum makan, *jika perlu*

Rasional : meningkatkan nafsu makan dan asupan oral. Menurunkan pertumbuhan bakteri, meminimalkan kemungkinan infeksi. Teknik perawatan mulut yang khusus dapat diperlukan jika jaringan rapuh, mengalami ulserasi, atau terjadi perdarahan dan nyeri hebat.

g. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, *jika perlu*

Rasional : bertujuan untuk menentukan rencana diet guna memenuhi kebutuhan individual.

h. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetic), *jika perlu*.

Rasional : penggantian kebutuhan bergantung pada jenis anemia dan adanya asupan oral yang buruk serta defisiensi yang teridentifikasi. Sediaan oral diberikan diantara waktu makan guna meningkatkan absorpsi dan biasanya mengoreksi anemia serta mengganti simpanan zat besi selama periode beberapa bulan.

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (anemia).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan intoleransi aktivitas meningkat.

Kriteria hasil : keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik, frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Perencanaan :

a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional : mempengaruhi pilihan intervensi dan kebutuhan terhadap bantuan.

b. Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional : dapat mengindikasikan perubahan neurologis terkait defisiensi vitamin B12 yang memengaruhi keamanan pasien dan meningkatkan risiko cedera.

c. Monitor pola dan jam tidur.

Rasional : aktivitas mungkin perlu dikurangi sehingga anemia berat setidaknya sudah diatasi sebagian untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh dan mengurangi beban jantung dan paru.

d. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

Rasional : meningkatkan ekspansi paru untuk memaksimalkan oksigenasi guna pengambilan selular. Catatan : dapat dikontraindikasikan jika terjadi hipotensi.

e. Anjurkan melakukan tirah baring.

Rasional : hipotensi postural atau hipoksia serebral dapat menyebabkan pusing, pingsan dan peningkatan risiko cedera.

f. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Rasional : mendukung kembalinya pasien ke tingkat aktivitas yang lebih normal secara bertahap dan meningkatkan tonus otot serta stamina. Meningkatkan harga diri dan rasa kendali.

6. Risiko infeksi dibuktikan dengan risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imunosupresi, leukopenia, aupresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun.

Kriteri hasil : demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun dan kadar sel darah putih membaik.

Perencanaan :

- a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

Rasional : mencegah kontaminasi silang atau kolonisasi bakteri. Cairan pasien yang mengalami anemia berat atau aplastik dapat berisiko mengalami infeksi akibat flora normal dikulit.

- b. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.

Rasional : mengurangi risiko infeksi dan kolonisasi bakteri.

- c. Berikan perawatan kulit pada area edema.

Rasional : mengurangi risiko kerusakan dan infeksi kulit atau jaringan.

- d. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Rasional : membantu mengencerkan sekresi pernapasan guna memfasilitasi ekpektorasi dan mencegah cairan tubuh statis di paru dan kandung kemih.

- e. Batasi jumlah pengunjung.

Rasional : membatasi pajanan terhadap agen infeksius. Isolasi protektif dapat diperlukan pada anemia aplastik, ketika respons imun sangat mengalami gangguan.

G. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan suatu tindakan atau kegiatan tertentu yang dilakukan oleh perawat dalam melaksanakan perencanaan

keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. (Bruno, 2019)

H. Evaluasi Keperawatan

Menurut Bararah & Jahuar (2013) evaluasi keperawatan adalah tahapan terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari perenceanaan keperawatan tercapai atau tidak. Terdapat dua komponen evaluasi tindakan keperawatan yaitu :

1. Evaluasi formatif ialah evaluasi yang harus dilaksanakan segera setelah tindakan keperawatan.
2. Evaluasi sumatif ialah rekupitulasi dari observasi dan analisa status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan ditahap perencanaan keperawatan. evaluasi ini merupakan sebagai alat ukur suatu tujuan yang mempunyai kriteria hasil tertentu untuk membuktikan tujuan tercapai, tidak tercapai atau tercapai sebagian.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan Tn. K dengan anemia ecausa hematemesis melena di ruang penyakit dalam Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta selama 3x24 jam dari tanggal 13 Maret 2023 sampai dengan 15 Maret 2023 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 maret 2023, data diperoleh penulis melalui pengamatan secara langsung, wawancara dengan pasien dan keluarga pasien, pemeriksaan fisik serta catatan rekam medis.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. K berusia 72 tahun, jenis kelamin laki-laki, status perkawinan adalah kawin, beragama Islam, suku Flores, pendidikan pasien SMP, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan buruh, alamat tempat tinggal Jl. Warakas I GG 24, sumber biaya BPJS dan sumber informasi yang didapat berasal dari pasien, keluarga pasien dan catatan rekam medis.

2. Resume

Pada tanggal 11 Maret 2023 pukul 16.30 WIB pasien Tn.K datang ke IGD diantar oleh keluarga nya menggunakan kendaraan pribadi dengan keluhan muntah darah merah kehitaman 4 kali dalam 24 jam, BAB hitam 1 kali dalam kurun waktu 7 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, pasien mengeluh pusing, dada terasa sesak, badan terasa lemas, mual dan tidak nafsu makan, pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit perut sebelah kiri atas terasa nyeri seperti diremas – remas, dengan skala nyeri 4 (0-10), nyeri yang dirasakan hilang timbul.

Keluarga mengatakan pasien dua minggu yang lalu pasien jatuh saat berjalan. Keluarga juga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus sejak 7 tahun yang lalu, riwayat hipertensi sejak 6 tahun yang lalu, riwayat gout arthritis sejak 6 tahun yang lalu, riwayat asam lambung sejak 4 tahun yang lalu. Keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran compos mentis, GCS awal masuk Eye 4, Motorik 6, Verbal 5.

Tanda – tanda vital diantaranya tekanan darah 95/63 mmHg, frekuensi nadi 126x/menit, frekuensi napas 23x/menit, suhu 36,7°C. Hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap, EKG, CT-Scan pada tanggal 11 Maret 2023 dengan hasil Hemoglobin 8.0 g/dL (13.5 – 18.0), Leukosit $20.89 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.00 – 10.50), Hematokrit 22.4% (42.0 – 52.0), Trombosit $219 \times 10^3/\mu\text{L}$ (163 – 337), pH 7.442 (7.350 – 7.450), pCO₂ 23.8 mmHg (32.0 – 45.0), PO₂ 127.3 mmHg (95.0 – 100.0), HCO₃ 16.4 mEq/L (21.0 – 28.8), Base Excess -7.9 mmol/L (-2.5 - + 2.5), Natrium (Na) 123 mEq/L (135 –

147), Kalium (K) 4.24 mEq/L (3.5 – 5.0), Klorida (Cl) 90 mEq/L (96 – 108), gula darah sewaktu 234 mg/dL (70 200). Hasil EKG gelombang ST Elevasi di beberapa kuadran, rontgen thorax dada corakan bronkovaskular meningkat. Masalah keperawatan yang ditemukan yaitu gangguan pertukaran gas, perfusi perifer tidak efektif dan nyeri akut. Tindakan keperawatan mandiri yang sudah dilakukan adalah mengkaji keadaan umum pasien, mengkaji tanda – tanda vital, menganjurkan untuk makan sedikit tapi sering. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan yaitu memberikan infus 1 kolf NS3% / 12 jam 12 tpm dan memberikan obat oral Omeprazole 20 mg 1x1 sebelum makan, pasien mendapatkan transfuse PRC 2 unit pada tanggal 12 maret 2023. Evaluasi secara keseluruhan pasien tampak masih lemah.

3. Riwayat Keperawatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan utama saat ini adalah pasien mengeluh dada terasa sesak, mual tetapi tidak muntah, pusing berkunang-kunang.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus sejak 7 tahun yang lalu, memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 6 tahun yang lalu, riwayat gout arthritis sejak 6 tahun yang lalu, serta penyakit lambung sejak 4 tahun yang lalu.

c. Riwayat alergi

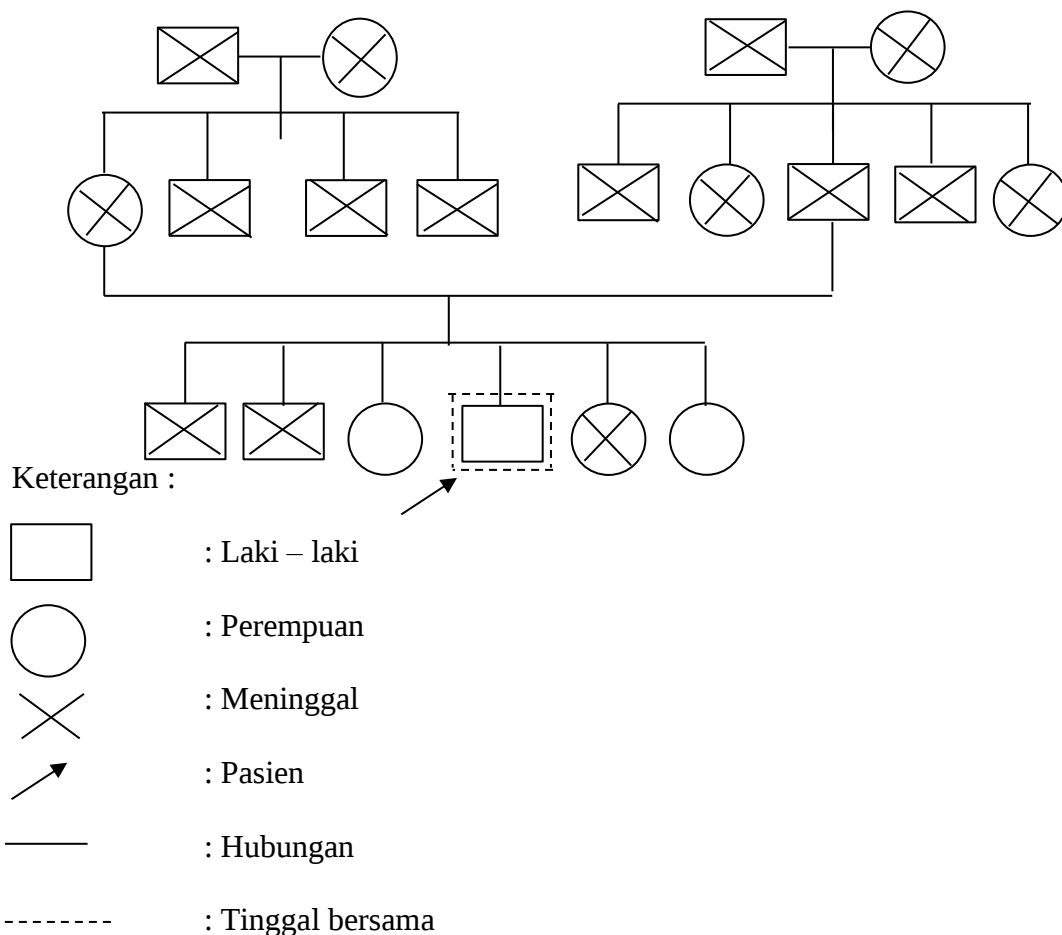
Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat alergi baik obat,

makanan, bulu binatang dan lingkungan.

d. Riwayat pemakaian obat

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat pemakaian obat-obatan, diantaranya : Metformin 2x1 tablet 500 mg, piroxicam 2x1 tablet 20 mg, simvastatin 2x1 tablet 10 mg, hydrochlorothiazide 1x1 tablet 25 mg, alopurinol 1x1 tablet 100 mg, captropil 1x1 tablet 25 mg, meloxicam 2x1 tablet 15 mg, eltazon 2x1 tablet 5 mg, omegavit 2x1 tablet 20 mg

e. Riwayat kesehatan keluarga



Pasien merupakan anak ke-4 dari 6 bersaudara, ayah dan ibu pasien sudah meninggal dunia, pasien sudah menikah dan tinggal di rumah bersama istri, anak

ke – 2 nya serta cucu – cucu nya.

- f. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko

Keluarga mengatakan ada anggota dari pihak keluarga Tn.K yaitu ibu Tn. K yang memiliki riwayat penyakit diabetes melitus.

- g. Riwayat psikososial dan spiritual

Keluarga pasien mengatakan orang terdekat pasien adalah istri dan anak – anaknya, pola komunikasi dua arah, yang menjadi pembuat keputusan adalah anak – anaknya. Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien sering mengikuti kegiatan di lingkungan rumah. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga yaitu keluarga pasien menjadi cemas, anak – anak nya harus mengatur ulang waktu untuk bekerja, bergantian untuk menjaga dan menemani pasien di Rumah Sakit. Keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah yang mempengaruhi pasien untuk saat ini, keluarga mengatakan pasien bila sedang ada masalah maka pasien lebih suka tidur. Hal yang sangat dipikirkan pasien saat ini ialah pasien mengatakan ingin sembuh dan menerima keadaan dengan berpasrah kepada Tuhan Yang Maha Esa, pasien mengatakan pasien berharap setelah menjalani perawatan bisa beraktivitas dan bekerja seperti biasa, pasien mengatakan perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit menjadi lemas, merasa lelah terus menerus. Keluarga mengatakan tidak ada nilai – nilai yang bertentangan dengan kesehatan pasien saat ini. Aktivitas ibadah yang dilakukan pasien saat di rumah ialah sholat 5

waktu sedangkan di rumah sakit pasien tidak melakukan ibadah dikarenakan kondisi nya. Keluarga mengatakan kondisi lingkungan rumah saat ini tidak mempengaruhi penyakit pasien saat ini, keluarga mengatakan lantai rumah keramik, adanya ventilasi yang cukup, penerangan cukup, lantai tidak licin.

h. Pola kebiasaan sehari – hari sebelum sakit dan di rumah sakit

1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit : keluarga mengatakan selama di rumah frekuensi makan 3-4x/hari, nafsu makan baik, porsi makanan yang dihabiskan 1 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang membuat pasien alergi, keluarga mengatakan ada makanan pantangan yaitu jeroan, makanan manis yang berlebih, makanan asin, sebelum sakit pasien tidak memiliki makanan diet, tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan, dan makan melalui oral.

Di rumah sakit : keluarga mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan menurun karena mual tetapi tidak muntah, porsi makanan yang dihabiskan 1/3 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang membuat pasien alergi, selama di Rumah Sakit pasien mendapatkan terapi diet DM.

2) Pola eliminasi

Sebelum sakit : buang air kecil frekuensi kurang lebih 5x/hari, berwarna kuning, pasien mengatakan tidak ada keluhan buang air kecil.

Frekuensi buang air besar kurang lebih 1-2 x/minggu, waktu nya tidak tentu, pasien mengatakan feses berwarna coklat, konsistensi padat dan adanya keluhan BAB berwarna kehitaman.

Di rumah sakit : frekuensi buang air kecil pasien tidak terhitung sebab memakai pampers, keluarga mengatakan urine berwarna kuning, tidak ada keluhan dan keluarga mengatakan tidak ada pemakaian alat bantu seperti pemasangan selang kateter.

Sedangkan pada BAB keluarga mengatakan pasien belum BAB lagi dihari pengkajian, namun sudah tidak ada keluhan BAB berdarah atau kehitaman.

3) Pola personal hygiene

Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien mandi 2x/hari, waktu nya pagi dan sore hari, oral hygiene 2x/hari diwaktu pagi dan sore hari, cuci rambut 1-2x/minggu.

Di rumah sakit : keluarga mengatakan pasien mandi 1x/hari, waktu nya tidak tentu bisa pagi atau sore hari, tidak dilakukan oral hygiene oleh keluarga, dan tidak cuci rambut selama di Rumah Sakit.

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : keluarga mengatakan bahwa pasien tidur siang kurang lebih 2 jam/hari dan tidur malam kurang lebih 7 jam/hari, keluarga mengatakan tidak ada kebiasaan yang dilakukan pasien sebelum tidur.

Di rumah sakit : keluarga mengatakan selama di rumah sakit pasien

tidur siang kurang lebih 2 jam/hari, tidur malam kurang lebih 6 jam/hari dan tidak tentu, sebelum tidur tidak ada kebiasaan yang dilakukan.

5) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien sudah tidak bekerja dan pasien tidak melakukan olahraga.

Di rumah sakit : keluarga mengatakan pasien tidak banyak melakukan aktivitas, lebih sering berbaring karena merasa lemas, pasien tidak berolahraga dan pasien mengatakan terkadang merasakan sesak nafas.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit : keluarga mengatakan selama di rumah pasien merokok, dalam sehari pasien menghabiskan 2 bungkus rokok, keluarga mengatakan pasien merokok sudah kurang lebih 6 – 7 tahunan, keluarga mengatakan pasien tidak meminum – minuman keras ataupun menggunakan obat – obatan terlarang.

Di rumah sakit : keluarga mengatakan pasien tidak merokok selama dirumah sakit dan tidak meminum minuman keras ataupun menggunakan obat – obatan terlarang.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Berat badan pasien sebelum sakit adalah 72 kg, berat badan saat ini 70 kg, tinggi badan 158 cm, tekanan darah 110/78 mmHg,

frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi napas 26x/menit, suhu tubuh 36,6°C, saturasi oksigen 94%, keadaan umum sakit sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

a. Sistem Penglihatan

Sisi mata pasien tampak simteris, kelopak mata pasien tidak menutup, bola mata dapat bergerak ke segala arah, konjungtiva tampak anemis, kornea pasien tampak keruh/berkabut, sklera pasien anikterik, pupil tampak isokor, otot – otot mata pasien tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda – tanda radang, keluarga mengatakan pasien memakai kaca mata jenis kacamata baca, tidak ada pemakaian lensa kotak, reaksi terhadap cahaya baik.

b. Sistem Pendengaran

Daun telinga pasien tampak normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah pasien tampak tidak ada cairan dari telinga yang keluar, tidak ada perasaan penuh ditelinga, tidak ada tinnitus, keluarga mengatakan fungsi pendengaran pasien kurang yang bagian sebelah kanan, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak ada pemakaian alat bantu.

c. Sistem Wicara

Sistem wicara pasien normal, pasien dapat berbicara jelas saat dilakukan pengkajian. Pasien tidak mengalami aphasia, dysarthria, anarthia, aphonia maupun dysphasia.

d. Sistem Pernapasan

Jalan napas pasien bersih tidak ada sumbatan, pasien mengatakan terkadang sesak, frekuensi napas 26x/menit, irama cepat, jenis pernapasan spontan, kedalaman napas dangkal, tidak ada batuk, tidak ada sputum dan tidak terdapat darah, palpasi dada pasien tampak menggunakan otot bantu napas ketika ekspirasi, terdengar suara nafas tambahan yaitu rales, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat bernapas.

e. Sistem Kardiovaskular

Sirkulasi perifer, frekuensi nadi 98x/menit, dengan irama teratur, denyut lemah, tekanan darah 110/78 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis baik kanan dan kiri, akral teraba hangat, warna kulit tampak pucat, pengisian kapiler lebih dari 3 detik, tidak terdapat edema. Kecepatan denyut apical 98 x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada sakit dada.

f. Sistem Hematologi

Pasien tampak pucat, tidak ada petechie, purpura, mimisan, perdarahan pada gusi maupun echimosis.

g. Sistem Syaraf Pusat

Pasien mengeluh pusing, kesadaran compos mentis, nilai GCS Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, tidak tampak tanda-tanda adanya kejang, pelo, mulut mencong, disorientasi, polineuritis, maupun kelumpuhan ekstremitas kanan atau kiri baik atas maupun bawah, pemeriksaan reflek fisiologis normal, reflek patologis (babinski positif).

h. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien gigi tampak caries pada gigi bagian belakang, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tampak kotor, salifa tampak normal, tidak ada muntah, pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit perut sebelah kiri atas terasa nyeri seperti diremas – remas, dengan skala nyeri 4 (0-10), nyeri yang dirasakan hilang timbul, bising usus 4x/menit, tidak ada diare, pasien mengalami konstipasi semenjak masuk rumah sakit, hepar tak teraba, abdomen tampak kembung.

i. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, terdapat luka gangrene, luka tampak kemerahan, terdapat pus, tampak bengkak, gula darah sewaktu 180 mg/dL (70 – 200).

j. Sistem Urogenital

Tidak ada perubahan pola berkemih, keluarga mengatakan urine bewarna kuning, tidak terdapat distensi atau ketegangan kandung kemih, pasien tidak ada keluhan pada pinggang.

k. Sistem Integumen

Turgor kulit menurun, temperature kulit hangat, warna kulit tampak pucat, terdapat luka pada bagian ekstremitas bawah dextra dengan kondisi luka tampak kemerahan, bengkak, terdapat pus kondisi kulit daerah pemasangan infus tampak baik tidak ada kemerahan atau pun bengkak, tidak ada luka, keadaan tekstur rambut baik, tetapi sedikit

kotor.

1. Sistem Muskuloskeletal

Keluarga mengatakan pasien tampak mengalami kesulitan pergerakan, tidak ada fraktur, tidak ada kelainan tulang belakang, keadaan tonus otot baik, skala kekuatan otot ekstremitas : ekstremitas atas dextra 4444, ekstremitas atas sinistra 4444, ekstremitas bawah dextra 3333, ekstremitas bawah sinistra 4444.

5. Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit)

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit, BAB berwarna hitam yang pasien sendiri tidak mengetahui penyebabnya dari mana, namun keluarga mengatakan sebelum terjadinya BAB hitam pasien makan siang, lalu setelahnya pasien merokok dan mengopi didepan rumah bersama tetangganya. Sebelum masuk rumah sakit pasien sempat muntah 4 kali dan pusing berkunang-kunang.

6. Data Penunjang

Pada tanggal 13 Maret 2023 pasien telah dilakukan pemeriksaan laboratorium darah lengkap dengan hasil Hemoglobin 9.6 g/dL (13.5 – 18.0), Leukosit $25.75 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.00 – 10.50), Hematokrit 27.3% (42.0 – 52.0), Trombosit $278 \times 10^3/\mu\text{L}$ (163 – 337). Pemeriksaan EKG dengan hasil gelombang ST Elevasi di beberapa kuadran, Rontgen thorax dada corakan bronkovaskular meningkat, tepi ujung baik paru kiri kanan tidak terlihat tajam.

7. Pentalaksanaan

Pasien mendapatkan terapi NS 3% 1 Kolf/12 jam. Pasien mendapatkan terapi obat injeksi intravena Omeprazole 2x1 40 mg, Cefotaxime 3x1 vial 1 gr, Tranexamic acid 3x1 ampul 50 mg, Sucralfate 500 mg 3x1 sendok makan. Pasien mendapatkan terapi diet DM energi 1.700 kkal, protein 63 gr, lemak 43 gr, karbohidrat 225 gr.

8. Data Fokus

Data subjektif : pasien mengatakan sedikit pusing jika duduk, pasien mengatakan merasa sesak saat bernapas, keluarga mengatakan pasien muntah darah kurang lebih 4 kali sebelum masuk rumah sakit, keluarga mengatakan pasien buang air besar berwarna kehitaman 1 kali seminggu yang lalu, keluarga mengatakan pasien belum bisa buang air besar semenjak masuk rumah sakit, keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus sejak 7 tahun yang lalu, memiliki riwayat hipertensi, gout arthritis dan asam lambung, Pasien mengatakan tidak bisa melakukan kegiatan sehari – hari, pasien mengeluh untuk berjalan saja tidak bisa, keluarga mengatakan pasien terjatuh 2 minggu yang lalu, keluarga mengatakan pendengaran pasien sudah sedikit berkurang.

Data objektif : kesadaran pasien compos mentis, tekanan darah 110/78 mmHg, frekuensi nadi 98 kali permenit, frekuensi napas 26 kali permenit, suhu 36.6°C, pasien tampak gelisah, pasien tampak lemah, pasien tampek lesu, pasien tampak menggunakan otot bantu napas saat bernapas, warna kulit pasien tampak pucat, turgor kulit pasien tampak buruk, akral teraba

hangat, pengisian kapiler lebih dari 3 detik, bising usus 4x/menit, berat badan sebelum sakit 73 kg, berat badan saat ini 70 kg, tinggi badan pasien 158 cm, sklera anikterik, konjungtiva anemis, mukosa bibir pasien tampak kering, lidah pasien tampak kotor, rambut pasien tampak kotor, pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri, *activity daily living* dibantu keluarga dan perawat, nafsu makan pasien tampak menurun, pasien mendapatkan terapi diet DM, pasien tampak terdapat luka pada ekstremitas kanan bawah, luka tampak kemerahan, bengkak dan terdapat pus, pasien tampak bedrest, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, pasien terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, hasil pemeriksaan darah lengkap dengan hasil Hemoglobin 9.6 g/dL (13.5 – 18.0), Leukosit $25.75 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.00 – 10.50), Hematokrit 27.3% (42.0 – 52.0), Trombosit $278 \times 10^3/\mu\text{L}$ (163 – 337), GDS : 108 mg/dL

9. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : Pasien mengatakan dada terasa sesak jika berbaring telentang, keluarga mengatakan pasien merupakan perokok aktif. DO : Pasien tampak menggunakan	Pola napas tidak efektif	Hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan)

	otot bantu napas saat bernapas, pasien tampak terpasang O2 nasal kanul 4 lpm, RR 26x/menit, spO2 94%), hasil rontgen thorax dada corakan bronkovaskular meningkat.		
2.	DS : Pasien mengatakan pusing, keluarga mengatakan pasien muntah darah 4 kali sejak sebelum masuk rumah sakit, keluarga mengatakan pasien buang air besar berwarna kehitaman 1x, seminggu yang lalu. DO : Pasien tampak lemah, warna kulit tampak pucat, akral teraba dingin, pengisian kapiler lebih dari 3 detik, kadar hemoglobin 9.6 d/gL, hematokrit 27.3%, frekuensi	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin.

	nadi 98x/menit, terdapat luka di ekstremitas bawah sebelah kanan, GDS 108 mg/dL, pemeriksaan EKG dengan hasil gelombang ST Elevasi di beberapa kuadran, rontgen thorax dada corakan bronkovaskular meningkat.		
3.	DS : Pasien mengeluh badan terasa lemas, keluarga mengatakan pasien tidak bertenaga. DO : Pasien tampak lemah, lesu, tidak mampu berjalan disamping tempat tidur atau kamar mandi, aktivitas dibantu total, kadar hemoglobin 9.6 d/dL, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 4444, kiri 4444, kekuatan otot ekstremitas	Intoleransi aktivitas	Kelemahan

	bawah kanan 4444, kiri 3333, hasil ttv : TD : 110/78 mmHg, N : 98x/menit, RR : 26x/mnt, S : 36.6°C		
4.	DS : Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat diabetes melitus sejak tahun 2022, keluarga mengatakan pasien terjatuh 2 minggu yang lalu. DO : Ekstremitas kanan bawah tampak bengkak, terdapat luka pada ekstremitas bawah kanan, luka tampak kemerahan, terdapat pus, turgor kulit pasien tampak menurun, kadar hemoglobin 9.6 d/dL, leukosit $25.75 \times 10^3/\mu\text{L}$, GDS 108 mg/dL	Gangguan integritas kulit / jaringan	Neuropati perifer sekunder (DM)
5.	DS : Keluarga mengatakan pasien terjatuh 2 minggu yang lalu,	Risiko jatuh	Anemia

	terjatuh saat sedang berjalan dengan posisi telentang. DO : Ekstremitas kanan bawah tampak bengkak, terdapat luka pada ekstremitas bawah kanan, luka tampak kemerahan, bengkak, terdapat pus, kadar hemoglobin 9.6 d/dL.		
--	---	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data diatas maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan sebagai prioritas ialah :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan)
2. Gangguan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
4. Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan neuropati perifer sekunder.
5. Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko anemia.

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

Perencanaan ini dibuat berdasarkan teori untuk mengatasi permasalahan yang timbul pada pasien. sedangkan pelaksanaan merupakan suatu tindakan yang mengacu pada perencanaan yang telah dibuat. Evaluasi dibuat untuk mengukur tingkat keberhasilan tindakan dalam mengatasi masalah.

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan)

Data subjektif : Pasien mengatakan dada terasa sesak jika berbaring telentang, keluarga mengatakan pasien merupakan perokok aktif.

Data objektif : Pasien tampak menggunakan otot bantu napas saat bernapas, pasien tampak terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm, RR 26x/menit, pola napas abnormal (takipnea). Pemeriksaan EKG dengan hasil gelombang ST Elevasi di beberapa kuadran, Rontgen thorax dada corakan bronkovaskular meningkat, Hb 9.6 g/dL.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan pola napas membaik.

Kriteria Hasil :

Dyspnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, frekuensi napas membaik. tidak menggunakan otot pernapasan, pola napas membaik, hasil thorax foto membaik dan hasil ekg membaik, kadar Hb meningkat dari 9.6 g/dL menjadi 11.0 g/dL

Rencana Tindakan :

- a. Monitor pola napas
- b. Monitor bunyi napas tambahan
- c. Posisikan semifowler atau fowler
- d. Berikan oksigen sesuai program-liter/menit
- e. Pantau saturasi oksigen
- f. Pantau hasil thorax foto ulang
- g. Pantau hasil ekg ulang
- h. Berikan terapi omeprazole 40 mg 2x1 vial (sesuai program)
- i. Pantau hasil hb ulang

Pelaksanaan :**Tanggal 13 Maret 2023**

Pukul 08.00 WIB mengkaji keadaan umum pasien, pasien tampak lemah, keadaan compos mentis dengan hasil GCS E4V5M6, mengkaji tanda – tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/78 mmHg, frekuensi nadi 98 kali permenit, frekuensi napas 26 kali permenit, suhu 36,6°C, spO2 94%.

Pukul 09.00 WIB memonitor pola napas dengan hasil frekuensi napas 26 kali permenit, irama cepat. Pukul 09.15 WIB memantau saturasi oksigen dengan hasil spO2 95%, memberikan posisi semi-fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dan mengatakan sesak berkurang. Pukul 09.20 WIB memberikan oksigen, pasien terpasang nasal kanul 4 lpm. Pukul 10.00 WIB memantau saturasi oksigen pasien dengan hasil saturasi 96%. Pukul 10.40 WIB memantau hasil foto thorax ulang dengan hasil pasien tidak dilakukan

lagi foto thorax ulang. Pukul 11.50 WIB memantau hasil EKG ulang pasien dengan hasil pasien tidak dilakukan EKG ulang. Pukul 12.00 WIB memantau hasil Hb ulang dengan hasil tidak dilakukan kembali pemeriksaan Hb. Pukul 12.30 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 122/75 mmHg, frekuensi nadi 97 kali permenit, frekuensi nafas 25 kali permenit, suhu 36,6°C, spO2 97%. Pukul 18.00 WIB mengganti cairan infus 1 kolf NS3% 12 tpm/12 jam, memberikan obat Omeprazole 40 mg 2x1vial (IV). Pukul 20.00 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 125/85 mmHg, frekuensi nadi 96 kali permenit, frekuensi nafas 24 kali permenit, suhu 36,7°C, memantau saturasi oksigen dengan hasil saturasi 98%. Pukul 01.00 WIB memonitor kembali saturasi oksigen dengan hasil spO2 97%. Pukul 02.00 WIB memantau cairan infus pasien dengan hasil infus tidak macet, pada area pemasangan infus tidak tampak pembengkakan atau kemerahan. Pukul 04.30 WIB membantu personal hygiene pasien dengan keluarga. Pukul 05.00 memantau saturasi oksigen dengan hasil spO2 94%. Pukul 06.00 WIB mengganti cairan infus NS3% 12 tpm/12 jam, memberikan obat Omeprazole 40 mg 2x1 vial (IV). Pukul 06.30 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 109/60 mmHg, frekuensi nadi 109 kali permenit, frekuensi nafas 27 kali permenit, suhu 36.5°C, spO2 93%, saturasi pasien tampak menurun. Pukul 06.40 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil E3M3V2, pasien tampak mengalami penurunan kesadaran. Pukul 06.50 WIB pasien terpasang NGT karena mengalami penurunan kesadaran. Pukul 07.00 WIB pasien terpasang simple

mask 6 lpm dengan saturasi 92%, pasien dilakukan restrain karena keluarga mengatakan pasien suka mencabut – cabut infus dan O2 nasal kanul dengan alasan pasien tidak nyaman.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.15 WIB memonitor pola napas frekuensi napas 26 kali permenit, irama cepat. Pukul 08.20 WIB memantau saturasi oksigen pasien dengan hasil saturasi 93%. Pukul 09.00 WIB memantau hasil foto thorax ulang dengan hasil pasien tidak dilakukan foto thorax ulang. Pukul 09.10 WIB memantau hasil EKG ulang pasien dengan hasil pasien tidak dilakukan EKG ulang. Pukul 11.00 WIB memantau hasil Hb ulang dengan hasil Hb pasien 10.6 g/dL. Pukul 12.30 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 108 kali permenit, frekuensi nafas 26 kali permenit, suhu 36,7°C, spO2 93%, pasien masih terpasang simple mask 6 lpm. Pukul 18.00 WIB mengganti cairan infus 1 kolf NS3% 12 tpm/12 jam, memberikan obat Omeprazole 40 mg 2x1 vial (IV). Pukul 19.00 WIB memantau saturasi oksigen dengan hasil saturasi 94%. Pukul 20.00 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 109/72 mmHg, frekuensi nadi 106 kali permenit, frekuensi nafas 25 kali permenit, suhu 36,4°C, spO2 94%. Pukul 01.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO2 93%. Pukul 02.00 WIB memantau cairan infus pasien, dengan hasil cairan masih berjalan 12 tpm/12 jam, tidak ada pembengkakan ataupun kemerahan pada area pemasangan infus. Pukul 04.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO2 94%. Pukul 06.10 WIB mengganti cairan infus NS3%

12 tpm/12 jam, memberikan obat Omeprazole 40 mg 2x1 vial (IV). Pukul 06.20 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 106/60 mmHg, frekuensi nadi 90 kali permenit teraba lemah, frekuensi nafas 24 kali permenit, suhu 36.5°C, spO2 88%. Pukul 06.35 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E2M3V2, pasien masih tampak mengalami penurunan kesadaran.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.10 WIB memantau saturasi oksigen pasien dengan hasil saturasi 87%. Pukul 08.15 WIB memantau pemberian oksigen, pasien masih terpasang simple mask 6 lpm. Pukul 09.00 WIB memantau hasil foto rontgen thorax ulang dengan hasil pasien tidak dilakukan kembali rontgen thorax. Pukul 09.10 memantau hasil EKG ulang dengan hasil pasien tidak dilakukan kembali EKG. Pukul 10.00 WIB memantau hasil Hb ulang dengan hasil tidak dilakukan pemeriksaan kembali laboratorium. Pukul 10.10 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 88/58 mmHg, frekuensi nadi 70 kali permenit, frekuensi nafas 25 kali permenit, suhu 35.8°C, memonitor saturasi oksigen dengan hasil saturasi 80%. Pukul 10.20 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E1M2V1. Pukul 10.30 WIB pasien mengalami penurunan kesadaran, memonitor TTV pasien dengan hasil tekanan darah 55/60 mmHg, frekuensi nadi 40x/menit, frekuensi napas 25 kali permenit, spO2 58%, memasang EKG, pasien dilakukan RJP dengan 30 kali kompresi dan 2 ventilasi, dilakukan secara bergantian. Pukul 10.45 WIB tidak ada tanda-tanda pergerakan dinding

dada, nadi karotis tidak teraba, keluarga mengatakan sebelumnya dari pagi pasien hanya tertidur pulas, terdengar suara ngoroknya namun tiba-tiba suara itu hilang. Pukul 11.00 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E1M1V1, hasil ttv, tekanan darah 0, frekuensi napas 0, frekuensi nadi 0. Nadi karotis tidak diteraba dan tidak ada pergerakan dinding dada. Pukul 11.05 WIB pasien dinyatakan meninggal dunia.

Evaluasi :

S : Tidak terkaji

O : Pasien masih terpasang simple mask dan NGT

A : Tujuan belum tercapai

P : Intervensi tidak dilanjutkan karena pasien meninggal dunia

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (anemia).

Data subjektif : Pasien mengatakan mengeluh pusing berkunang-kunang keluarga mengatakan pasien muntah darah kurang lebih 4 kali sejak sebelum masuk rumah sakit, keluarga mengatakan pasien buang air besar berwarna kehitaman sejak satu minggu yang lalu.

Data objektif : Pasien tampak lemah, warna kulit tampak pucat, turgor kulit pasien menurun, pengisian kapiler lebih dari 3 detik, kadar hemoglobin 9.6 d/gL, hematokrit 27.3%, pemeriksaan EKG dengan hasil gelombang ST Elevasi di beberapa kuadran, Rontgen thorax dada corakan bronkovaskular meningkat.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan perfusi perifer meningkat.

Kriteria Hasil :

Warna kulit membaik, pengisian kapiler membaik, turgor kulit membaik, lemah berkurang, pasien mampu beraktivitas secara bertahap, kadar hemoglobin meningkat dari 9.6 g/dL menjadi 11.0 g/dL, pusing berkunang hilang, hematemesis dan melena tidak terjadi.

Rencana Tindakan :

- a. Memonitor tanda-tanda vital
- b. Periksa sirkulasi perifer
- c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas
- d. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
- e. Berikan terapi sesuai program : infus NS 3% 12 tpm/24 jam, memberikan Tranexamid acid 3x1 ampul 50 mg (injeksi intravena), obat oral Sucralfate 500 mg 3x1 sendok makan
- f. Pantau hasil thorax foto dan ekg ulang (sesuai program)
- g. Pantau hasil hemoglobin dan hematokrit

Pelaksanaan :

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 07.00 WIB memonitor panas, kemerahan, bengkak pada ekstremitas

dengan hasil ekstremitas bawah kanan pasien tampak bengkak, terdapat pus dan tampak kemerahan. Pukul 07.10 memeriksa sirkulasi perifer dengan hasil pengisian kapiler >3 detik. Pukul 10.40 WIB memantau hasil foto rontgen thorax ulang dengan hasil tidak dilakukan kembali rontgen thorax. Pukul 10.50 WIB memantau hasil EKG ulang dengan hasil tidak dilakukan kembali EKG. Pukul 12.00 WIB memberikan obat oral sucralfate 500 mg 3x1 sendok makan. Pukul 12.05 WIB memberikan obat injeksi (IV) tranexamid acid 3x1 ampul 50 mg. Pukul 12.20 menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi dengan hasil mengukur tekanan darah pada bagian ekstremitas lengan sinistra. Pukul 12.30 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 122/75 mmHg, frekuensi nadi 97 kali permenit, frekuensi nafas 25 kali permenit, suhu 36,6°C, spO2 97%. Pukul 18.00 WIB mengganti cairan infus 1 kolf NS3% 12 tpm/12 jam. Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 125/85 mmHg, frekuensi nadi 96 kali permenit, frekuensi napas 24 kali permenit, suhu 36,6°C, memantau saturasi oksigen dengan hasil spO2 98%. Pukul 20.15 WIB memberikan obat oral sucralfate 500 mg 3x1 sendok makan dan tranexamid acid 3x1 amp (IV). Pukul 02.00 WIB memonitor kembali saturasi oksigen dengan hasil spO2 97%. Pukul 03.00 WIB memantau cairan infus pasien dengan hasil infus tidak macet, pada area pemasangan infus tidak tampak pembengkakan atau kemerahan. Pukul 04.40 WIB membantu personal hygiene pasien dengan keluarga. Pukul 05.00 memantau saturasi oksigen dengan hasil spO2 94%. Pukul 06.00 WIB

mengganti cairan infus NS3% 12 tpm/12 jam. Pukul 06.05 WIB memberikan obat oral sucralfate 500 mg 3x1 sendok makan, Omeprazole 2x1 vial 40 mg (IV). Pukul 06.15 melakukan pencegahan infeksi dengan hasil mengganti balutan luka. Pukul 06.30 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 109/60 mmHg, frekuensi nadi 109 kali permenit, frekuensi nafas 25 kali permenit, suhu 36.5°C, spO2 94%, saturasi pasien tampak menurun. Pukul 06.40 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil E3M4V2, pasien tampak mengalami penurunan kesadaran. Pukul 06.45 WIB memonitor adanya perdarahan (hematemesis melenas) dengan hasil tidak adanya muncul tanda-tanda perdarahan seperti petechiae, purpura, mimisan, perdarahan pada gusi maupun echimosis. Pukul 07.00 WIB memantau hasil hemoglobin dengan hasil 9.6 g/dL.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 07.30 memantau hasil EKG ulang dengan hasil pasien tidak dilakukan kembali EKG ulang. Pukul 08.30 WIB memantau hasil foto rontgen thorax dengan hasil pasien tidak dilakukan kembali rontgen thorax. Pukul 10.00 WIB memantau hasil Hb terbaru dengan hasil Hb 10.6 g/dL. Pukul 12.00 WIB memberikan obat oral sucralfate 500 mg 3x1 sendok makan. Pukul 12.05 WIB memberikan obat injeksi (IV) tranexamid acid 3x1 ampul 50 mg. Pukul 12.30 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 108 kali permenit, frekuensi nafas 24 kali permenit, suhu 36,7°C, spO2 97%, GCS E3M4V2, pasien masih terpasang simple mask 6 lpm. Pukul 18.00 WIB mengganti cairan infus 1

kolf NS3% 12 tpm/12 jam. Pukul 18.10 WIB memberikan obat Omeprazole 2x1 vial 40 mg (IV), memberikan obat oral sucralfate 500 mg 3x1 sendok makan dan Tranexamic acid 3x1 amp 50 mg (IV). Pukul 20.00 WIB Pukul 20.00 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 109/72 mmHg, frekuensi nadi 106 kali permenit, frekuensi nafas 23 kali permenit, suhu 36,4°C, spO2 94%. Pukul 00.00 WIB memonitor kembali saturasi oksigen dengan hasil spO2 97%. Pukul 01.00 WIB memantau cairan infus pasien dengan hasil infus tidak macet, pada area pemasangan infus tidak tampak pembengkakan atau kemerahan. Pukul 05.00 WIB membantu personal hygiene pasien dengan keluarga. Pukul 05.30 WIB memantau saturasi oksigen dengan hasil spO2 94%. Pukul 06.00 WIB mengganti cairan infus NS3% 12 tpm/12 jam oleh perawat ruangan, memberikan obat oral sucralfate 500 mg 3x1 sendok makan. Pukul 06.20 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 106/60 mmHg, frekuensi nadi 90 kali permenit teraba lemah, frekuensi nafas 24 kali permenit, suhu 36.5°C, spO2 89%. Pukul 06.35 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E2M4V2, pasien masih tampak mengalami penurunan kesadaran. Pukul 06.30 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E3M4V3, pasien masih tampak mengalami penurunan kesadaran. Pukul 06.40 WIB melakukan pencegahan infeksi dengan hasil mengganti balutan luka, luka masih tampak kemerahan, bengkak dan terdapat pus. Pukul 06.50 WIB memonitor adanya perdarahan dengan hasil tidak ada tanda-tanda perdarahan yang muncul seperti ptechie, purpura, mimisan, perdarahan pada

gusi maupun echimosis. Pukul 07.00 WIB memantau nilai Hb terbaru dengan hasil hemoglobin 10.6 g/dL, pasien tidak dilakukan kembali pengecekan darah lengkap.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 09.00 WIB memonitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas dengan hasil ekstremitas bawah kanan pasien masih tampak bengkak, kemerahan dan terdapat pus. Pukul 09.15 WIB memonitor adanya tanda – tanda perdarahan (hematemesis, melena), tidak ada tanda – tanda perdarahan seperti ptechie, purpura, mimisan, perdarahan pada gusi maupun echimosis. . Pukul 10.00 WIB memantau hasil Hb ulang dengan hasil tidak dilakukan pemeriksaan kembali laboratorium. Pukul 10.10 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 88/58 mmHg, frekuensi nadi 70 kali permenit, frekuensi nafas 25 kali permenit, suhu 35.8°C, memonitor saturasi oksigen dengan hasil saturasi 80%. Pukul 10.20 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E1M2V1. Pukul 10.30 WIB pasien mengalami penurunan kesadaran, memonitor tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 55/60 mmHg, frekuensi nadi 40x/menit, frekuensi napas 25 kali permenit, spO2 58%, memasang EKG, pasien dilakukan RJP dengan 30 kali kompresi dan 2 ventilasi, dilakukan secara bergantian. Pukul 10.45 WIB tidak ada tanda-tanda pergerakan dinding dada, nadi karotis tidak teraba, keluarga mengatakan sebelumnya dari pagi pasien hanya tertidur pulas, terdengar suara ngoroknya namun tiba-tiba suara itu hilang. Pukul 11.00 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan

hasil GCS E1M1V1, hasil tanda-tanda vital, tekanan darah 0, frekuensi napas 0, frekuensi nadi 0. Nadi karotis tidak diteraba dan tidak ada pergerakan dinding dada. Pukul 11.05 WIB pasien dinyatakan meninggal dunia.

Evaluasi :

S : Tidak terkaji

O : Warna kulit tampak pucat, turgor kulit menurun

A : Tujuan belum tercapai

P : Intervensi tidak dilanjutkan karena pasien meninggal dunia

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan keletihan (anemia)

Data subjektif : Pasien mengeluh badan terasa lemas, keluarga mengatakan pasien tidak bertenaga

Data objektif : Pasien tampak lemah, lesu, warna kulit tampak pucat, ADL dibantu total, kadar hemoglobin 9.6 d/dL

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam,

Kriteria Hasil :

- a. Verbalisasi kepulihan energi tenaga meningkat
- b. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat
- c. Lesu menurun
- d. Hemoglobin meningkat dari 9.6 g/dL menjadi 11.0 g/dL
- e. Tidak ada perdarahan (hematemesis dan melena)

Rencana Tindakan :

- a. Monitor pola dan jam tidur
- b. Monitor adanya tanda-tanda perdarahan (hematemesis dan melena)
- c. Monitor kadar hemoglobin
- d. Bantu pasien dalam memenuhi *activity daily living* bersama keluarga pasien
- e. Ajarkan pasien dan keluarga untuk manajemen energi
- f. Anjurkan tirah baring

Pelaksanaan :

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.10 WIB memonitor adanya tanda-tanda perdarahan (hematemesis dan melena) dengan hasil tidak ada tanda-tanda perdarahan yang muncul seperti seperti petechie, purpura, mimisan, perdarahan pada gusi maupun echimosis, memonitor kadar hemoglobin, hasil hemoglobin pasien 9.6 g/dL. Pukul 08.15 WIB mengkaji GCS dengan hasil E4V5M6. Pukul 12.30 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 122/75 mmHg, frekuensi nadi 97 kali permenit, frekuensi nafas 24 kali permenit, suhu 36,6°C, spO2 97%. Pukul 13.00 WIB memonitor pola dan jam tidur dengan hasil pasien mengatakan tidur siang tidak menentu tetapi frekuensi tidur kurang lebih 1 jam, pasien mengatakan pusing jika duduk, keluarga mengatakan pasien kalau tidur malam pukul 20.00 WIB. Pukul 14.00 WIB menganjurkan pasien tirah baring dengan hasil keluarga mengatakan bersedia untuk

dibantu dalam memposisikan pasien dengan nyaman, diberikan posisi semi-fowler pasien tampak nyaman dan rileks. Pukul 15.00 WIB membantu pasien dalam memenuhi *activity daily living* bersama keluarga dengan hasil keluarga mengatakan mau dibantu karena merasa keberatan jika sendirian. Pukul 18.00 WIB mengganti cairan infus 1 kolf NS3% 12 tpm/12 jam. Pukul 20.00 WIB memonitor adanya tanda-tanda perdarahan dengan hasil keluarga mengatakan tidak ada lagi darah yang keluar, tidak ada tanda-tanda perdarahan seperti petechie, purpura, mimisan, perdarahan pada gusi maupun echimosis. Pukul 02.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO_2 93%. Pukul 04.00 WIB memantau cairan infus pasien, dengan hasil cairan masih berjalan 12 tpm/12 jam, tidak ada pembengkakan ataupun kemerahan pada area pemasangan infus. Pukul 05.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO_2 94%. Pukul 06.00 WIB membantu ADL pasien bersama keluarga. Pukul 06.30 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 109/60 mmHg, frekuensi nadi 109 kali permenit, frekuensi nafas 25 kali permenit, suhu $36.5^{\circ}C$, spO_2 94%, saturasi pasien tampak menurun. Pukul 06.40 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil E3M4V2, pasien tampak mengalami penurunan kesadaran. Pukul 06.50 WIB pasien sudah terpasang ngt karena mengalami penurunan kesadaran. Pukul 07.00 WIB pasien terpasang simple mask 6 lpm dengan saturasi 94%.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB pasien tampak mengalami penurunan kesadaran dengan GCS E3M4V2, terpasang simple mask 6 lpm, keluarga mengatakan pasien

masih tidak dapat melakukan aktivitas harian, pukul 10.00 WIB memonitor adanya tanda-tanda perdarahan dengan hasil tidak ada tanda-tanda perdarahan yang muncul seperti seperti ptechie, purpura, mimisan, perdarahan pada gusi maupun echimosis. Pukul 13.30 memonitor pola tidur dengan hasil pasien sedang tidur, keluarga mengatakan pasien tidur malam pukul 20.00 WIB. Pukul 01.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO2 93%. Pukul 02.00 WIB memantau cairan infus pasien, dengan hasil cairan masih berjalan 12 tpm/12 jam, tidak ada pembengkakan ataupun kemerahan pada area pemasangan infus. Pukul 04.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO2 94%. Pukul 15.00 WIB menganjurkan pasien untuk tirah baring, keluarga mengatakan sudah memberkan posisi yang nyaman bagi pasien, pasien tampak nyaman dan rileks. Pukul 22.00 WIB memonitor adanya tanda-tanda perdarahan dengan hasil tidak ada tanda-tanda perdarahan seperti ptechie, purpura, mimisan, perdarahan pada gusi maupun echimosis. Pukul 06.00 WIB membantu ADL pasien bersama keluarga. Pukul 07.00 WIB memonitor adanya tanda-tanda perdarahan (hematemesis dan melena), tidak ada tanda-tanda perdarahan pada pasien seperti ptechie, purpura, mimisan, perdarahan pada gusi maupun echimosis.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh, pasien masih tampak memiliki luka pada bagian ekstremitas bawah dextra, lukanya masih tampak kemerahan dan terdapat pus, balutan luka bersih, tidak rembes. terpasang simple mask 6 lpm, keluarga mengatakan pasien masih tidak

dapat melakukan aktivitas harian. . Pukul 10.00 WIB memantau hasil Hb ulang dengan hasil tidak dilakukan pemeriksaan kembali laboratorium. Pukul 10.10 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 88/58 mmHg, frekuensi nadi 70 kali permenit, frekuensi nafas 25 kali permenit, suhu 35.8°C, memonitor saturasi oksigen dengan hasil saturasi 80%. Pukul 10.20 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E1M2V1. Pukul 10.30 WIB pasien mengalami penurunan kesadaran, memonitor TTV pasien dengan hasil tekanan darah 55/60 mmHg, frekuensi nadi 40x/menit, frekuensi napas 25 kali permenit, spO2 58%, memasang EKG, pasien dilakukan RJP dengan 30 kali kompresi dan 2 ventilasi, dilakukan secara bergantian. Pukul 10.45 WIB tidak ada tanda-tanda pergerakan dinding dada, nadi karotis tidak teraba, keluarga mengatakan sebelumnya dari pagi pasien hanya tertidur pulas, terdengar suara ngoroknya namun tiba-tiba suara itu hilang. Pukul 11.00 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E1M1V1, hasil ttv, tekanan darah 0, frekuensi napas 0, frekuensi nadi 0. Nadi karotis tidak diteraba dan tidak ada pergerakan dinding dada. Pukul 11.05 WIB pasien dinyatakan meninggal dunia.

Evaluasi :

S : Tidak terkaji

O : Pasien tampak mengalami penurunan kesadaran, masih terdapat dispnea

A : Tujuan tidak tercapai, pasien meninggal dunia

P : Intervensi tidak dilanjutkan karena pasien meninggal dunia

4. Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan neuropati perifer sekunder

Data subjektif : Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat diabetes melitus sejak 8 th yang lalu.

Data objektif : Terdapat luka pada ekstremitas bawah kanan, kondisi luka luka tampak bengkak, kemerahan, dan terdapat pus, turgor kulit pasien tampak buruk.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan integritas kulit meningkat.

Kriteria Hasil :

- a. Perfusi jaringan meningkat
- b. Kerusakan lapisan kulit menurun
- c. Kemerahan menurun

Rencana Tindakan :

- a. Monitor karakteristik luka
- b. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- c. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, *sesuai kebutuhan*
- d. Bersihkan jaringan nekrotik
- e. Pasang balutan sesuai jenis luka
- f. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- g. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

Pelaksanaan :

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 09.00 WIB memonitor karakteristik luka, terdapat luka pada bagian ekstremitas bawah kanan, luka tampak kemerahan, bengkak, terdapat pus, bau luka tidak tercium. Pukul 01.30 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO_2 93%. Pukul 04.00 WIB memantau cairan infus pasien, dengan hasil cairan masih berjalan 12 tpm/12 jam, tidak ada pembengkakan ataupun kemerahan pada area pemasangan infus. Pukul 05.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO_2 94%. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan melakukan perawatan luka dengan melepaskan balutan dan plester secara perlahan, tampak luka basah, terdapat pus, tampak kemerahan, tidak ada hecting dan tidak ada ulat disekitar luka. Membersihkan luka dengan NaCl mengambil kasa yang telah dibasahi oleh NaCl kemudian membersihkan luka serta jaringan nekrosis. Kemudian, NaCl dialirkan diatas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap, menggunakan kasa steril. Kemudian, luka diberikan betadine. Setelah itu, luka kemudian disemprotkan dengan NaCl. Dibersihkan kembali menggunakan kasa steril menggunakan prontosan. Tampak luka lebih bersih dibanding sebelumnya. Memasang balutan sesuai jenis luka, dipasangkan framycetin pada luka pasien serta diberi kasa. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, selama proses perawatan luka, mempertahankan teknik steril dari penggunaan handscoon serta alat dan bahan yang digunakan dalam kondisi steril.

Perawatan luka 1x/hari oleh perawat ruangan.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 11.00 WIB memonitor karakteristik luka, terdapat luka pada bagian ekstremitas bawah kanan. Pukul 09.00 WIB memonitor karakteristik luka, terdapat luka pada bagian ekstremitas bawah kanan, luka tampak kemerahan, bengkak, terdapat pus, bau luka tidak tercium. Pukul 12.30 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 108 kali permenit, frekuensi napas 26 kali permenit, suhu 36,7°C, spO2 93%. Pukul 19.00 WIB memantau saturasi oksigen dengan hasil spO2 94%. Pukul 20.00 WIB memonitor kembali tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 109/72 mmmHg, frekuensi nadi 106 kali permenit, frekuensi nafas 25 kali permenit, suhu 36,4 °C. Pukul 02.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO2 93%. Pukul 04.00 WIB memantau cairan infus pasien, dengan hasil cairan masih berjalan 12 tpm/12 jam, tidak ada pembengkakan ataupun kemerahan pada area pemasangan infus. Pukul 05.30 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO2 94%. Pukul 06.00 WIB melakukan perawatan luka dengan melepaskan balutan dan plester secara perlahan, tampak luka basah, terdapat pus, tampak kemerahan, tidak ada hecting dan tidak ada ulat disekitar luka. Pukul 06.10 WIB membersihkan luka dengan NaCl, mengambil kasa yang telah dibasahi oleh NaCl kemudian membersihkan luka serta jaringan nekrosis. NaCl dialirkan diatas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap, menggunakan kasa steril. Kemudian, luka diberikan betadine.

Setelah itu, luka kemudian disemprotkan dengan NaCl. Dibersihkan kembali menggunakan kasa steril menggunakan prontosan. Tampak luka lebih bersih dibanding sebelumnya. Pukul 06.20 WIB memasang balutan sesuai jenis luka, dipasangkan framycetin pada luka pasien serta diberi kasa. Pukul 06.25 WIB mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, selama proses perawatan luka, mempertahankan teknik steril dari penggunaan handscoon serta alat dan bahan yang digunakan dalam kondisi steril. Perawatan luka dilakukan 1x/hari.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 10.00 WIB memonitor karakteristik luka, terdapat luka pada bagian ekstremitas bawah kanan, luka masih tampak kemerahan, bengkak, terdapat pus, bau luka tidak tercium. perawatan luka dengan melepaskan balutan dan plester secara perlahan, tampak luka basah, terdapat pus, tampak kemerahan, tidak ada hecting dan tidak ada ulat disekitar luka. Membersihkan luka dengan NaCl, menggunakan kasa yang telah dibasahi oleh NaCl kemudian membersihkan luka serta jaringan nekrosis. Kemudian, NaCl dialirkan diatas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap, menggunakan kasa steril. Kemudian, luka diberikan betadine. Setelah itu, luka kemudian disemprotkan dengan NaCl. Dibersihkan kembali menggunakan kasa steril menggunakan prontosan. Tampak luka lebih bersih dibanding sebelumnya. Memasang balutan sesuai jenis luka, dipasangkan framycetin pada luka pasien serta diberi kasa. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, selama

proses perawatan luka, mempertahankan teknik steril dari penggunaan handscoon serta alat dan bahan yang digunakan dalam kondisi steril. Perawatan luka dilakukan 1x/hari. Pukul 10.20 memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 105/60 mmHg, frekuensi nadi 80 kali permenit, nadi teraba lemah, frekuensi nafas 23 kali permenit, suhu 36.0°C, memonitor saturasi oksigen dengan hasil saturasi 85%. . Pukul 10.00 WIB memantau hasil Hb ulang dengan hasil tidak dilakukan pemeriksaan kembali laboratorium. Pukul 10.10 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 88/58 mmHg, frekuensi nadi 70 kali permenit, frekuensi nafas 25 kali permenit, suhu 35.8°C, memonitor saturasi oksigen dengan hasil saturasi 80%. Pukul 10.20 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E1M2V1. Pukul 10.30 WIB pasien mengalami penurunan kesadaran, memonitor TTV pasien dengan hasil tekanan darah 55/60 mmHg, frekuensi nadi 40x/menit, frekuensi napas 25 kali permenit, spO2 58%, memasang EKG, pasien di lakukan RJP dengan 30 kali kompresi dan 2 ventilasi, dilakukan secara bergantian. Pukul 10.45 WIB tidak ada tanda-tanda pergerakan dinding dada, nadi karotis tidak teraba, keluarga mengatakan sebelumnya dari pagi pasien hanya tertidur pulas, terdengar suara ngoroknya namun tiba-tiba suara itu hilang. Pukul 11.00 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E1M1V1, hasil ttv, tekanan darah 0, frekuensi napas 0, frekuensi nadi 0. Nadi karotis tidak diteraba dan tidak ada pergerakan dinding dada. Pukul 11.05 WIB pasien dinyatakan meninggal dunia.

Evaluasi :

S : Tidak terkaji

O : Masih terdapat luka pada ekstremitas bawah kanan, luka masih tampak kemerahan, terdapat pus, tidak terdapat ulat.

A : Tujuan tidak tercapai

P : Intervensi tidak dilanjutkan karena pasien meninggal dunia

5. Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko anemia

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat jatuh menurun.

Kriteria hasil :

Jatuh saat berjalan menurun

Rencana tindakan :

- a. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)
- b. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- c. Pasang handrail tempat tidur
- d. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

Pelaksanaan :

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.10 WIB mengidentifikasi faktor risiko jatuh, pasien bernama Tn.K berusia 72 tahun dengan diagnosa anemia ecausa hematemesis melena dan terdapat luka pada bagian ekstremitas bawah sebelah kanan. Pukul 09.00 WIB memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci, telah dilakukan dan kondisi tempat tidur dalam keadaan terkunci dan tempat tidur tidak bergerak. Pukul 08.20 WIB memasang handrail tempat tidur, sudah dilakukan. Pukul 10.00 WIB menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, telah dianjurkan dan keluarga pasien memahami. Pukul 12.30 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 122/75 mmHg, frekuensi nadi 97 kali permenit, frekuensi nafas 25 kali permenit, suhu 36,6°C, spO2 97%. Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 125/85 mmHg, frekuensi nadi 96 kali permenit, frekuensi napas 24 kali permenit, suhu 36,6°C, memantau saturasi oksigen dengan hasil spO2 98%. Pukul 01.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO2 93%. Pukul 02.00 WIB memantau cairan infus pasien, dengan hasil cairan masih berjalan 12 tpm/12 jam, tidak ada pembengkakan ataupun kemerahan pada area pemasangan infus. Pukul 04.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO2 94%. Pukul 06.30 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 109/60 mmHg, frekuensi nadi 109 kali permenit, frekuensi nafas 27 kali permenit, suhu 36.5°C, spO2 93%, saturasi pasien tampak menurun. Pukul 06.40 WIB

mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil E3M3V2, pasien tampak mengalami penurunan kesadaran. Pukul 06.50 WIB pasien terpasang NGT karena mengalami penurunan kesadaran. Pukul 07.00 WIB pasien terpasang simple mask 6 lpm dengan saturasi 92%.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB mengidentifikasi faktor risiko jatuh, pasien bernama Tn.K berusia 72 tahun dengan diagnosa anemia ecausa hematemesis melena dan terdapat luka pada bagian ekstremitas bawah sebelah kanan. Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci, telah dilakukan dan kondisi tempat tidur dalam keadaan terkunci dan tempat tidur tidak bergerak. Memasang handrail tempat tidur, sudah dilakukan. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, telah dianjurkan dan keluarga pasien memahami. Pukul 12.30 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 108 kali permenit, frekuensi nafas 24 kali permenit, suhu 36,7°C, spO2 97%, GCS E3M4V2, pasien masih terpasang simple mask 6 lpm. Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 109/72 mmHg, frekuensi nadi 106 kali permenit, frekuensi nafas 23 kali permenit, suhu 36,4°C, spO2 94%. Pukul 00.00 WIB memonitor kembali saturasi oksigen dengan hasil spO2 97%. Pukul 01.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO2 93%. Pukul 02.00 WIB memantau cairan infus pasien, dengan hasil cairan masih berjalan 12 tpm/12 jam, tidak ada pembengkakan ataupun kemerahan pada area pemasangan infus. Pukul

04.00 WIB memonitor saturasi oksigen dengan hasil spO2 94%. Pukul 06.20 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 106/60 mmHg, frekuensi nadi 89 kali permenit, teraba lemah, frekuensi napas 24 kali permenit, suhu 36,5 °C, spO2 88%. Pukul 06.35 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E2M3V2, pasien masih tampak mengalami penurunan kesadaran.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 09.00 WIB mengidentifikasi faktor risiko jatuh, pasien bernama Tn.K berusia 72 tahun dengan diagnosa anemia ecausa hematemesis melena dan terdapat luka pada bagian ekstremitas bawah sebelah kanan. Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci, telah dilakukan dan kondisi tempat tidur dalam keadaan terkunci dan tempat tidur tidak bergerak. Memasang handrail tempat tidur, sudah dilakukan. . Pukul 10.00 WIB memantau hasil Hb ulang dengan hasil tidak dilakukan pemeriksaan kembali laboratorium. Pukul 10.10 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 88/58 mmHg, frekuensi nadi 70 kali permenit, frekuensi nafas 25 kali permenit, suhu 35.8°C, memonitor saturasi oksigen dengan hasil saturasi 80%. Pukul 10.20 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E1M2V1. Pukul 10.30 WIB pasien mengalami penurunan kesadaran, memonitor TTV pasien dengan hasil tekanan darah 55/60 mmHg, frekuensi nadi 40x/menit, frekuensi napas 25 kali permenit, spO2 58%, memasang EKG, pasien di lakukan RJP dengan 30 kali kompresi dan 2 ventilasi, dilakukan secara bergantian. Pukul 10.45 WIB tidak ada

tanda-tanda pergerakan dinding dada, nadi karotis tidak teraba, keluarga mengatakan sebelumnya dari pagi pasien hanya tertidur pulas, terdengar suara ngoroknya namun tiba-tiba suaranya hilang. Pukul 11.00 WIB mengkaji kesadaran umum pasien dengan hasil GCS E1M1V1, hasil ttv, tekanan darah 0, frekuensi napas 0, frekuensi nadi 0. Nadi karotis tidak diteraba dan tidak ada pergerakan dinding dada. Pukul 11.05 WIB pasien dinyatakan meninggal dunia.

Evaluasi :

S : Tidak terkaji

O : Tampak roda kasur terkunci, handrall terpasang dan kasur tidak bergerak

A : Tujuan tidak tercapai, pasien meninggal dunia

P : Intervensi tidak dilanjutkan karena pasien meninggal dunia

BAB IV PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kasus, faktor-faktor pendukung dan penghambat serta alternatif pemecahan masalah pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien Tn. K dengan anemia ecausa hematemesis melena di ruangan Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta yang telah dilaksanakan pada tanggal 13 maret sampai dengan 15 maret 2023. Pembahasan ini disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada pasien anemia yaitu Tn.K yang disebabkan oleh hematemesis melena dengan riwayat mengkonsumsi obat-obatan anti nyeri golongan obat NSAID yaitu piroxicam dan meloxicam selama 6 tahun. Hal tersebut sesuai dengan jurnal Bindu, S (2020) serta didukung oleh penelitian Azizah, L (2013) bahwa piroxicam dan meloxicam jika dikonsumsi dalam jangka waktu yang lama akan terjadi efek samping yaitu iritasi lokal pada mukosa lambung, secara langsung merusak epitel mukosa lambung dan bisa menimbulkan komplikasi pada saluran cerna yang serius. Sedangkan pada kasus letak perdarahan yang terjadi masih belum diketahui secara pasti karena pasien tidak dilakukan pemeriksaan radiologi seperti EGD (Esofagogastroduodenoskopi) dan endoscopyPemeriksaan

diagnostik berdasarkan teori Doenges (2014) dilakukan pemeriksaan laboratorium berupa hitung jumlah darah lengkap, jumlah sel darah merah, laju endap darah, jumlah total sel darah putih, hitung trombosit, eritropoietin, zat besi serum, kapasitas ikatan zat besi total, fenitin serum, bilirubin serum dan waktu perdarahan. Sedangkan pada pasien pemeriksaan yang dilakukan hanya pemeriksaan laboratorium darah lengkap, EKG dan CT-Scan. Hal tersebut dikarenakan Hb pasien yang masih rendah sehingga tenaga medis berfokus untuk menaikkan Hb nya terlebih dahulu.

Faktor pendukung selama penulis melaksanakan tindakan keperawatan ialah pasien dan keluarga yang kooperatif dalam memberikan informasi yang dibutuhkan, perawat ruangan yang membantu dan juga memberikan informasi saat penulis menanyakan hal-hal yang masih kurang dipahami, sarana yang digunakan dalam pelaksanaan pengkajian tersedia dengan lengkap sehingga mempermudah dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan. sedangkan faktor penghambat yang penulis rasakan pada proses pengkajian yaitu saat perawatan hari ke dua, pasien dengan tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran sehingga tidak bisa memaksimalkan kembali proses pengkajian, hanya bisa ditanyakan pada keluarga.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang terdapat didalam teori dan kasus penulis menemukan kesenjangan, pada teori terdapat lima diagnosa keperawatan yang mungkin muncul sedangkan pada kasus hanya ditemukan tiga diagnosa. Diagnosa yang sesuai dengan teori dan terdapat dikasus yaitu pola napas tidak

efektif, intoleransi aktivitas dan perfusi perifer tidak efektif. Sedangkan yang sesuai dengan teori tetapi tidak terdapat pada kasus yaitu defisit nutrisi, nyeri akut dan risiko infeksi.

Didalam diagnosa yang terdapat pada teori namun tidak ada dikasus yaitu nyeri akut, diagnosa ini tidak penulis angkat sebab pasien tidak menunjukkan adanya tanda-tanda nyeri.

Dalam diagnosa pertama yang ada di teori namun tidak ada dikasus yaitu nyeri akut, penulis tidak mengambil diagnosa tersebut sebab ketika dilakukan pengkajian pasien tidak ditemukan adanya tanda-tanda nyeri. Selain itu penulis tidak mengangkat diagnosa defisit nutrisi, karena pasien tidak ditemukan tanda-tanda penurunan berat badan secara signifikan atau sebesar 10%. Sedangkan pada diagnosa risiko infeksi, penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut, karena pasien sudah mengalami infeksi yang dibuktikan dengan terdapat luka pada ekstremitas bawah sebelah kanan, luka tampak kemerahan, tampak bengkak serta terdapat pus, hasil kadar hemoglobin 9.6 d/dL, leukosit $25.75 \times 10^3/\mu\text{L}$, turgor kulit pasien tampak menurun.

Dalam menentukan diagnosa keperawatan penulis menemukan hambatan yaitu minimnya pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien. faktor pendukung dalam hal ini adalah tersedianya referensi atau literature sumber buku yang cukup memadai dan diagnosa yang diangkat sesuai dengan keadaan pasien dan sumber jurnal.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan disusun sesuai dengan prioritas masalah dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Perencanaan terdiri dari tujuan, kriteria hasil, dan intervensi keperawatan. Tujuan keperawatan dibuat dengan menyesuaikan waktu yang berdasarkan lamanya penulis memberikan asuhan keperawatan yaitu 3x24 jam dan kriteria hasil disusun secara spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, rasional dan mempunyai batas waktu yang diinginkan.

Menurut PPNI (2018) dan Doenges (2014) dalam perencanaan keperawatan pada pasien anemia dengan diagnosa pertama yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) sesuai dengan teori namun penulis menambahkan beberapa perencanaan seperti memantau saturasi oksigen, sebab pasien tampak sesak, memantau hasil foto thorax ulang dan EKG, sebab hasil yang dilakukan pertama kali menunjukkan adanya gangguan.

Perencanaan yang terdapat pada diagnosa kedua yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (anemia) terdapat kesenjangan antara teori dengan perencanaan diteori yaitu periksa sirkulasi perifer, (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna kulit dan suhu), memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi. Ada beberapa kesenjangan antara teori dan kasus dalam perencanaan yaitu memberikan terapi sesuai program, pantau hasil thorax foto dan ekg ulang (sesuai program), pantau hasil hemoglobin dan hematokrit.

Perencanaan pada diagnosa ketiga intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan tidak terdapat perencanaan monitor adanya tanda-tanda perdarahan (hematemesis dan melena), tetapi penulis mengangkat sebab dikhawatirkan terjadinya perdarahan ulang, lalu monitor kadar hemoglobin penulis mengangkat untuk mengevaluasi keefektifan terapi termasuk sumber diet dari nutrisi yang dibutuhkan, selanjutnya perencanaan bantu pasien dalam memenuhi *activity daily living* bersama keluarga pasien dikarenakan pasien tidak mampu melakukannya secara mandiri.

Perencanaan selanjutnya pada diagnosa keempat yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer sekunder menurut PPNI (2018) tetapi tidak dicantumkan oleh penulis dalam kasus pasien ada beberapa yaitu monitor tanda-tanda infeksi karena pada pasien sudah terlihat jelas adanya tanda-tanda infeksi, lalu cukur rambut di sekitar daerah luka (*jika perlu*), tidak dilakukan sebab tidak ada rambut pada sekitar area luka.

Perencanaan pada diagnosa kelima yaitu risiko jatuh berhubungan dengan faktor risiko anemia, ada beberapa kesenjangan dengan kasus pasien yaitu anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, penulis tidak mengangkat perencanaan tersebut karena pasien tidak dapat berjalan sebab ada luka pada esktremitas kanan bawah.

Faktor pendukung dalam menentukan rencana keperawatan ini adanya referensi mengenai intervensi keperawatan dan penulis tidak menemukan faktor penghambat.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Berdasarkan penatalaksanaan pada pasien yang berlangsung selama tiga hari yang dimulai pada tanggal 13 maret sampai 15 maret 2023. Dalam pelaksanaan keperawatan ada beberapa faktor penunjang yang menyebabkan semua rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan baik.

Pada pelaksanaan diagnosa pola napas tidak efektif penulis telah melakukan perencanaan yang sudah dibuat dan disesuaikan dengan kondisi pasien saat itu. Tindakan yang dilakukan terdiri dari memonitor pola napas, memonitor bunyi napas tambahan, memposisikan pasien pada posisi semifowler, memberikan oksigen sesuai program, memantau saturasi oksigen, memberikan terapi Omeprazole 40 mg 2x1 vial (sesuai program), memantau hasil Hb ulang. Sedangkan ada beberapa perencanaan yang tidak dilaksanakan oleh penulis seperti memantau hasil thorax foto ulang, memantau hasil EKG ulang, sebab tidak adanya indikasi dilakukan kembali pada pasien.

Pada pelaksanaan perfusi perifer tidak efektif penulis juga melaksanakan perencanaan yang telah dibuat dan disesuaikan dengan kondisi pasien, tindakan yang dilakukan berupa memonitor tanda-tanda vital, periksa sirkulasi perifer, memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, memberikan terapi sesuai program. Selain itu ada beberapa perencanaan yang tidak dilaksanakan oleh penulis seperti memantau hasil thorax ulang dan EKG ulang, sebab pasien tidak ada indikasi untuk dilakukan pemeriksaan kembali.

Selanjutnya pada perencanaan diagnosa intoleransi aktivitas penulis melakukan tindakan sesuai dengan kondisi pasien saat itu. Tindakan yang dilakukan berupa memonitor pola dan jam tidur, memonitor adanya tanda-tanda perdarahan ulang (hematemesis melena), memonitor kadar Hb, membantu pasien dalam memenuhi *activity daily living* bersama keluarga pasien., mengabjurkan untuk tirah baring. Penulis tidak melaksanakan tindakan mnegajarkan pasien dan keluarga untuk manajemen energi sebab pasien mengalami penurunan kesadaran.

Pada pelaksanaan diagnosa gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan neuropati perifer sekunder, pelaksanaan yang dilakukan ialah memonitor karakteristi luka, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengna cairan NaCl atau pembersih nontoksik, membersihkan jaringan nekrotik, memasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase.

Pada pelaksanaan diagnosa terakhir yaitu risiko jatuh. Pelaksanaan yang dilakukan sesuai dengan teori yaitu mengidentifikasi faktor risiko jatuh, memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, memasang handrall tempat tidur, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.

Faktor pendukung dalam melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan ialah pasien dan keluarga kooperatif. Faktor penghambat yang penulis temukan ialah pada hari kedua dan ketiga, dikarenakan pasien mengalami penurunan

kesadaran pada hari kedua perawatan dengan GCS E2M3V2 sampai hari ketiga memonitor kesadaran pasien dengan hasil GCS E1M1V1, sehingga tidak dapat dilanjutkan pelaksanaan keperawatan yang sudah direncanakan dan disesuaikan dengan kondisi pasien saat itu.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan 2 macam evaluasi, yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat melakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil dilakukan dengan mengacu pada batas tujuan yang disusun selama 3x24 jam. Namun, selama dilakukan tindakan keperawatan pada hari kedua kondisi pasien mulai menurun, sehingga dari lima diagnosa yang diangkat yaitu pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktivitas, gangguan integritas kulit atau jaringan dan risiko jauh, semua tujuan yang sudah disusun tidak tercapai dikarenakan pasien Tn. K mengalami penurunan kesadaran dari hari kedua sampai hari ketiga perawatan dengan hasil GCS E1M1V1, tekanan darah 0, nadi tidak teraba, pergerakan dinding dada tidak ada, maka perencanaan tindakan selanjutnya tidak bisa penulis lakukan, dikarenakan pasien Tn. K meninggal dunia pada tanggal 15 maret 2023 pukul 11.05 WIB.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini penulis akan menguraikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan pada BAB IV, setelah penulis melakukan penulisan asuhan keperawatan pada pasien Tn.K dengan diagnosa medis anemia ecausa hametemesis melena di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta, maka penulis membuat suatu kesimpulan, yaitu sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Dari pengkajian yang telah dilakukan oleh penulis, maka dapat disimpulkan bahwa penyebab anemia pada Tn.K yaitu adanya riwayat penggunaan obat-obatan anti nyeri dengan golongan obat NSAID berupa piroxicam dan meloxicam akibat riwayat penyakit gout artritis selama 6 tahun.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan oleh penulis sesuai dengan masalah pasien. Pada kasus Tn.K ditemukan 5 diagnosa yaitu : pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan konsentrasi hemoglobin, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (anemia), gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan neuropati sekunder (diabetes melitus) dan risiko jatuh ditandai dengan faktor risiko anemia. Dari 5 diagnosa tersebut hanya tiga yang sesuai dengan teori yaitu pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif dan intoleransi aktivitas. Sedangkan diagnosa yang terdapat didalam kasus

namun tidak ada pada teori diantaranya adalah gangguan integritas kulit atas jaringan dan risiko jatuh. Adapun diagnosa yang terdapat pada teori namun tidak ada dikasus yaitu nyeri akut dan risiko infeksi.

Pada proses perencanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan masalah dan kebutuhan pasien serta disesuaikan dengan jangka waktu yang telah ditetapkan. Sebagian dari perencanaan yang disusun dapat dilaksanakan dengan baik berkat kerjasama dengan perawat ruangan dan peran dari pasien serta keluarga pasien.

Pada saat proses penatalaksanaan keperawatan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan, namun penulis menemukan hambatan pada hari kedua dan ketiga, karena pasien mengalami penurunan kesadaran pada hari ke dua dan pada hari ke tiga pasien meninggal dunia.

Dari lima diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (anemia), gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan neuropati sekunder (diabetes melitus) dan risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko anemia. Hasil evaluasi dari ke lima diagnosa diatas semua tujuan tidak tercapai dikarenakan pasien meninggal dunia.

B. Saran

Penulis ingin memberikan saran agar tercapainya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan atau keperawatan. saran yang dapat penulis sampaikan yaitu :

1. Perawat

Diharapkan perawat ruangan agar selalu memberikan edukasi kesehatan kepada pasien dengan diagnosa apapun terutama anemia, agar keluarga dan pasien mampu memahami tentang penyakitnya dan mampu mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

2. Institusi Pendidikan

Khususnya untuk perpustakaan, diharapkan perpustakaan institusi dapat lebih lama lagi dalam pembukaan perpustakaan dari hari senin sampai sabtu, karena penulis kesulitan dalam pembuatan karya tulis ilmiah untuk mencari referensi-referensi.

3. Bagi Penulis

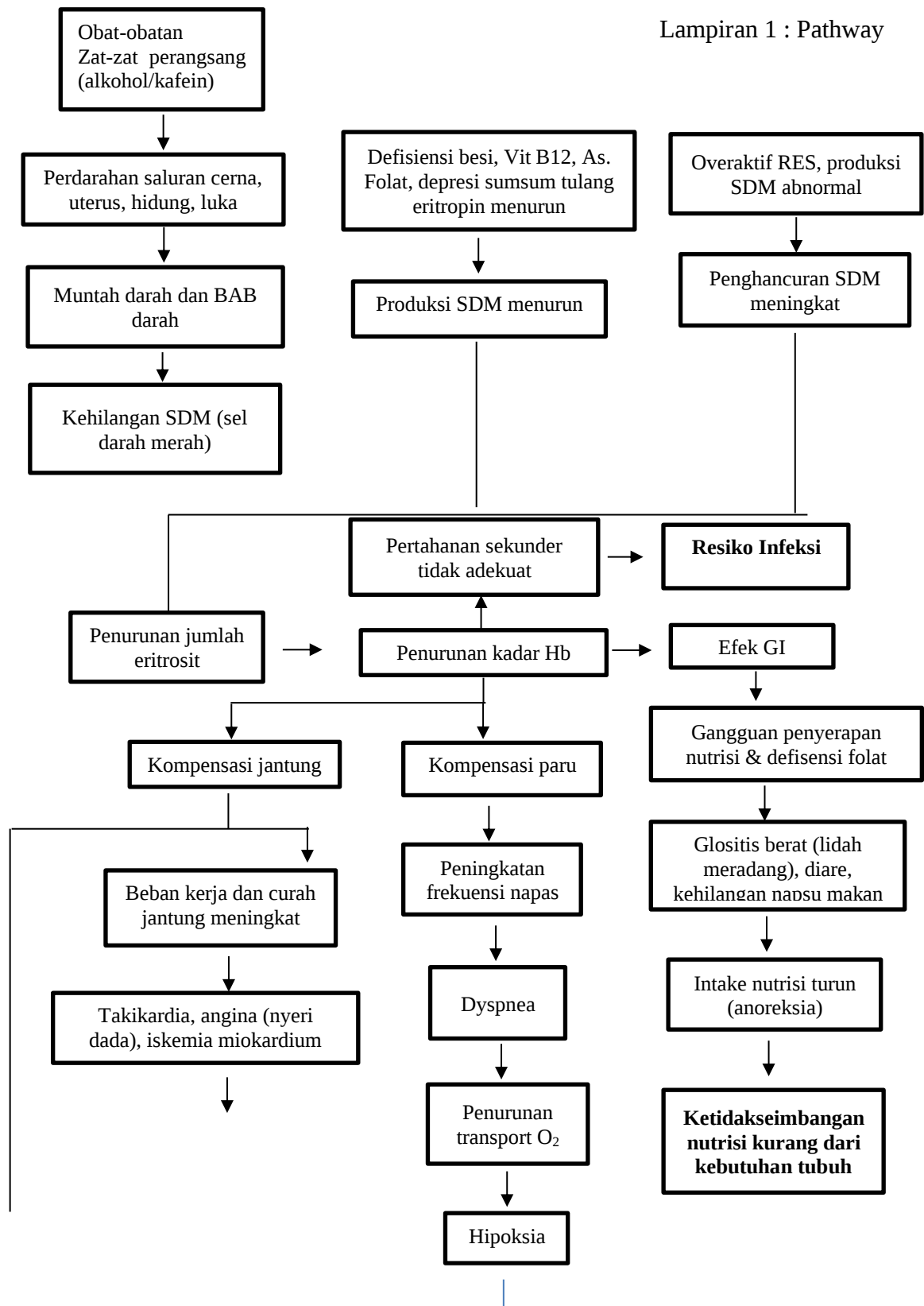
Bagi penulis diharapkan dapat melakukan pengkajian secara komperhensif agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien serta ada tidak masalah yang luput dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

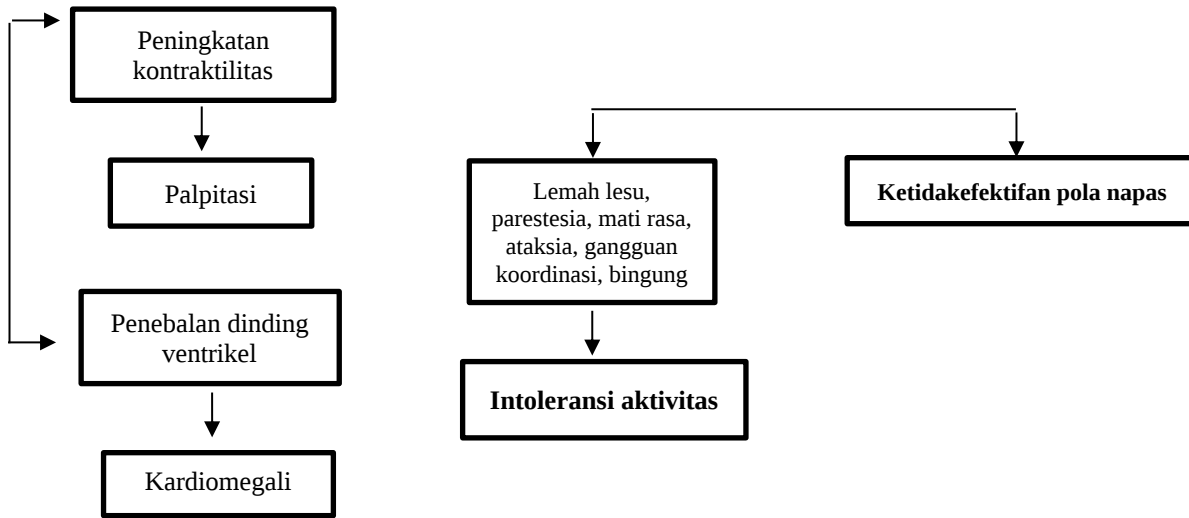
Pada bagian penegakkan diagnosa keperawatan, diharapkan penulis lebih teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik data subjektif maupun data objektif agar dapat memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, L. (2013). Perbedaan Tolerabilitas Meloxicam dengan Natrium Diklofenak terhadap Saluran Cerna pada Pasien Rawat Jalan di Poliklinik Penyakit Saraf Rumtikal Dr. Mintohardjo Jakarta 2011. *Makara Seri Kesehatan*, 17 (1), DOI : 10.74545/msk.v17l.xxxx.
- Bararah, M. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional Jilid 2*. Jakarta: Prestasi Pustakaraya.
- Bindu, S. (2020). Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and organ damage : A current perspective. *Biochem Pharmacol*, DOI : 10.1016/j.bcp.2020.114147.
- Black, J. M. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis untuk Hasil Yang Diharapkan Edisi 8 Buku 3*. Singapura : Elsevier .
- Brunner, & S. (t.t). *Keperawatan Medikal Bedah* . 2014: Buku Kedokteran EGC.
- Bruno, L. (2019). Implementasi. *Journal of Chemical Information and Modeling* .
- Chaparro, C. (2019). Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low and middle income countries. *Annals of the new york academy of sciences* , 19.
- Desmawati. (2013). *Asuhan Keperawatan Umum dan Maternitas Dilenngkapi Dengan Latihan Soal-soal*. Jakarta : Penerbit in Media .
- Doenges, M. E. (2014). *Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 9 Vol 2*. Jakarta : EGC .
- Fadila, M. (2018). Hematemesis Melena dikarenakan Gastritis Erosif dengan Anemia dan Riwayat Gout Atritis . *Jurnal Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung*.
- Hapsari, H. (2020). *Multimedia Interaktif Konsep Gravitasi Berorientasi Pada Literasi Sains*. Jakarta: EGC.
- Hawks, J. M. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan. Vol 3* . Elseiver.
- Jitowiyono, S. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Hematologi* . Pustaka Baru Press.
- Kemenkes, R. (2018). *Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur*.
- PPNI. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* . Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan*. Jakarta Selatan : Dewan Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Puspa, K. (2018). Clinical Pathology and medical Laboratory. *Jurnal Patologi Klinik Indonesia dan Laboratorium Medik*, Vol 24, No 1.
- Sudoyono, A. (2017). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam .
- Suryani, L. R. (2020). Hubungan Pengetahuan Dan Sosial Ekonomi Dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri SMK Negeri 6 palu. *Jurnal Media Analisis Kesehatan* , 11 (1), hal 19-26.
- Windy, A. (2021). Hubungan Asupan Gizi Terhadap Kejadian Anemia Pada Remaja di Desa Besuki Kecamatan Sambit Kabupaten Ponorogo .

Lampiran 1 : Pathway





1. Omeprazole Injeksi

Omeprazole adalah obat untuk mengurangi sekresi asam lambung dengan menghambat secara spesifik enzim lambung dalam sel parietal. Obat ini diindikasikan untuk tukak lambung dan tukak duodenum, tukak lambung dan duodenum yang terkait dengan AINS, lesi lambung dan duodenum, regimen eradikasi *H.pylori* pada tukak peptic, refluks esophagitis, sindrom Zollinger.

Indikasi : Terapi pilihan untuk kondisi yang tidak bisa menerima pengobatan peroral : ulkus duodenum, ulkus gaster, esophagitis ulseratif dan sindrom *Zollinger-Ellison*.

Kontraindikasi : hipersensitif terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi.

Dosis : Tiap vial mengandung serbuk liofilisasi *Omeprazole sodium* setara dengan *Omeprazole* 40 mg.

Efek samping : Sakit kepala, diare, nyeri abdomen, mual, muntah, infeksi saluran nafas atas, vertigo, ruam, konstipasi, batuk, astenia, nyeri tulang belakang, dan lain-lain.

Perhatian obat : Sebelum memberikan *omeprazole* kepada pasien yang menderita ulkus gaster, kemungkinan adanya malignansi harus disingkirkan terlebih dahulu, karena dapat menutupi gejala dan menunda penegakan diagnosis, *omeprazole* menghambat metabolisme beberapa obat yang dimetabolisme melalui sistem enzim sitokrom P450 hati dan

dapat meningkatkan konsentrasi plasma *diazepam*, *phenytoin* dan *warfarin*.

2. Cefotaxime

Cefotaxime adalah antibiotik untuk mengobati berbagai macam penyakit infeksi bakteri.

Indikasi : Infeksi saluran pernapasan bagian bawah, infeksi kulit dan struktur kulit, infeksi pada tulang dan sendi, infeksi intra-abdominal, infeksi saluran kemih, infeksi pada alat kelamin wanita, meningitis, septikemia, bakteremia, pencegahan infeksi pascaoperasi,

Kontraindikasi : Reaksi alergi, hipersensitif terhadap antibiotik golongan *cephalosporin*, hipersensitif terhadap *penicillin*, kemungkinan terjadinya reaksi alergi silang yang harus dipertimbangkan.

Dosis : Tiap vial mengandung *Cefotaxime sodium* setara dengan *Cefotaxime* 1 g. Dosis untuk orang dewasa dan anak usia diatas 12 tahun adalah 1 g/12 jam. Pada infeksi sedang sampai berat 1-2 g/6-8 jam. pada infeksi berat diperlukan 2 g/4 jam. Dosis maksimum yang dianjurkan adalah 12 g/hari.

Efek samping : Anoreksia, diare, mual, muntah, nyeri perut, colitis, neutropenia, leukopenia, granulositopenia, trombositopenia, agranulositopenia, reaksi hipersensitivitas : ruam, pruritus, demam dan eosinofilia

Perhatian obat : Pada pengobatan dengan *cefotaxime sodium*, seperti antibiotik *cephalosporin* reaksi alergi tidak dapat dihindarkan, penggunaan *cefotaxime* jangka panjang dapat mengakibatkan pertumbuhan beberapa organisme yang tidak sensitif, terutama *candida* dan *pseudomonas*. Pada pasien dengan riwayat penyakit saluran pencernaan, *cefotaxime sodium* dapat menyebabkan kolitis.

3. Tranexamic acid

Tranexamic acid adalah obat untuk menghentikan perdarahan atau mengurangi perdarahan yang tidak diinginkan, menghentikan pembekuan darah.

Indikasi : Epistaksis, prostatektomi, konisasi servik, edema angioneurotic hereditas, perdarahan abnormal sesudah operasi secara umum, perdarahan sesudah operasi gigi pada penderita haemofilia, menorgia.

Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap asam traneksamat, riwayat tromboemboli seperti *deep vein thrombosis* (DVT), emboli paru, thrombosis serebri, riwayat thrombosis arteri atau vena.

Dosis : Dianjurkan 500-1000 mg (IV) dengan injeksi lambat (maksimal 100 mg/menit : untuk tranexamic acid 5% 2ml/menit; untuk tranexamid acid 10% 1ml/menit) 3 kali sehari. Untuk pengobatan lebih dari 3 hari dapat dipertimbangkan pemberian oral. Pada penderita yang tidak

dapat diberikan terapi oral dapat dilakukan terapi parenteral (10mg/kg BB per hari 3-4 kali sehari).

Efek samping : Hipersensitivitas seperti gatal, kemerahan, mual, muntah, anoreksia, diare, mengantuk, gangguan penglihatan untuk warna yang bersifat sementara.

Perhatian obat : Infusiensi ginjal, hematuria yang disebabkan oleh parenkim ginjal, wanita hamil dan menyusui, pasien dengan berisiko tinggi trombosis, terapi koagulopati. Perhatian untuk pemberian intravena : pada pemberian intravena, obat diinjeksi secara perlahan.

4. Sucralfate sirup

Sucralfate adalah obat untuk mengatasi tukak lambung, ulkus duodenum atau gastritis kronis. Obat ini akan menempel dibagian lambung atau usus yang luka dan melindunginya dari asam lambung, enzim pencernaan dan garam empedu.

Indikasi : Tukak lambung dan usus, gastritis kronik dan profilaksis perdarahan gastrointestinal.

Kontraindikasi : Pada pasien yang memiliki hipersensitivitas terhadap sucralfate atau komponen nya.

Dosis : Tiap 5 mL mengandung *sucralfate* 500 mg. Dewasa 4 kali sehari 2 sendok takar, sewaktu lambung kosong (1 jam sebelum makan dan sebelum tidur). Bila disertai nyeri yang hebat dapat diberikan bersama antasida dengan perbedaan

waktu pemberian 11/2 (satu setengah) jam sebelum atau sesudah *sucralfate*.

Efek samping : Kemungkinan menimbulkan konstipasi, diare, mual, mulut terasa kering, *dizziness*, kemerahan pada kulit.

Perhatian obat : Penderita tidak boleh memakan antasida dalam waktu 11/2 jam sebelum atau sesudah makan *Ulsafate Suspensi*, bila diberikan bersama obat-obatan lain terutama *tetrasiklin* dianjurkan diberi interval waktu 2 jam dengan *sucralfate*. Hati-hati pada penderita dengan gangguan fungsi ginjal dan pemberian pada ibu menyusui.

5. Infus NS 3%

Infus NS 3% adalah cairan yang memiliki komposisi aktif yaitu Sodium Chloride. Sodium adalah elektrolit dengan fungsi untuk mengatur jumlah air dalam tubuh. Sodium juga memainkan peran pada bagian impuls saraf dan kontraksi otot.

Indikasi : Digunakan dalam perawatan, kontrol, pencegahan dan perbaikan penyakit seperti kehilangan darah dan kehilangan cairan, kadar magnesium rendah, kadar natrium yang rendah, kadar kalium rendah, tingkat kalsium yang rendah

Kontraindikasi : Pada pasien yang hipersensitivitas pada Otsu-Salin 3% infus, sebagai tambahan NS 3% tidak boleh dikonsumsi jika memiliki kondisi yang retensi natrium dan edema, gangguan gagal ginjal, sirosis hati.

Dosis : Setiap larutan 100 ml mengandung Natrium Sodium 3%

Efek samping : Mual, muntah, berkedut otot, iritasi mata.

Perhatian obat : Harus dengan resep dokter. Hati-hati penggunaan pada pasien hipertensi, gagal jantung kongestif, edema perifer dan pulmonal, gangguan fungsi ginjal, pra-eklamsia, pasien anak-anak dan orang tua. Selalu periksa kecocokan obat tambahan dengan larutan ini sebelum digunakan.

Simpan pada suhu dibawah 30 derajat celcius.

6. Piroxicam Tablet

Piroxicam adalah obat antiinflamasi non steroid yang mempunyai aktivitas antiinflamasi, analgesic dan antipiretik. Aktivitas kerja piroxicam belum sepenuhnya diketahui namun diperkirakan dengan menghambat biosintesa prostaglandin melalui penghambatan yang reversible terhadap enzim siklooksigenase.

Indikasi : untuk terapi simptomatik pada rematoid arthritis, osteoarthritis, ankilosing spondylitis, gangguan musculoskeletal akut dan gout akut.

Kontraindikasi : penderita yang mempunyai riwayat tukak lambung atau perdarahan lambung, hipersensitif terhadap piroxicam, penderita yang mengalami bronkospasme, polip hidung dan angioedema atau urtikaria apabila diberikan asetosal atau obat-obatan antiinflamasi non steroid lainnya.

Dosis : Tiap tablet mengandung *piroxicam* 10 mg dan 20 mg.

Efek samping : umumnya gangguan gastrointestinal seperti stomatitis, anoreksia, epigastric distress, mual, konstipasi, rasa tidak nyaman pada abdomen, kembung, diare, nyeri abdomen, perdarahan lambung, perforasi dan tukak lambung, edema, pusing, sakit kepala, ruam kulit, pruritus, penurunan konsentrasi hemoglobin dan hematokrit.

Perhatian obat : Piroxicam dapat mengakibatkan kerusakan liver, meningkatkan SPGT/SGOT hingga jaundice, hati-hari pemberian pada penderita gangguan pencernaan, jantung, hipertensi, dan keadaan predisposisi retensi air, ginjal dan hati. Tidak dianjurkan pemberian pada wanita hamil dan menyusui.

7. Meloxicam Tablet

Meloxicam merupakan suatu obat anti inflamasi steroid (AINS) dari golongan asam enolat. Meloxicam mempunyai efek anti inflamasi, analgesic dan antipiretik melalui mekanisme penghambatan biosintesa prostaglandin yang berfungsi sebagai mediator peradangan.

Indikasi : terapi simptomatis jangka pendek eksaserbasi osteoarthritis akut, terpi simptomatis jangka panjang arthritis rheumatoid (poliartitis kronik)

Kontraindikasi : hipersensitif terhadap meloxicam, acetosal atau obat AINS lainnya, ibu hamil dan menyusui, pasien dengan ginjal berat yang tidak didialisa dan pasien hepar yang berat, anak-anak

dan remaja yang usianya kurang dari 15 tahun, ulkus lambung yang aktif selama 6 bulan terakhir atau memiliki riwayat ulkus lambung berulang, pasien yang menunjukkan gejala asma, polip hidung, angio-edema atau urtikaria setelah penggunaan acetazol atau AINS lainnya, penderita gangguan fungsi ginjal berat, penderita gangguan saluran pencernaan, perdarahan serebrovaskular atau perdarahan penyakit lainnya.

- Dosis : Tiap tablet mengandung *meloxicam* 7,5 mg dan 15 mg.
- Efek samping : Pada saluran cerna bisa terjadi dyspepsia, rasa mula, muntah, rasa sakit diperut, konstipasi rasa kembung, diare, bersendawa, ulkus gastroduodenal, perdarahan gastro-intestinal makroskopik, fungsi hati menjadi abnormal untuk sementara waktu dengan peningkatan kadar transaminase dan bilirubin, fungsi ginjal menjadi abnormal dengan peningkatan kadar serum kreatinin dan serum urea. Pada kulit pruritus, ruam kulit, stomatitis, urtikaria, anemia, gangguan jumlah sel darah merah : leukosit, leukopenia, dan trombositopenia, edema, pusing, vertigo, mengantuk, anafilaktik/anafilaktoid dan angioedema.
- Perhatian obat : Diperlukan pengawasan terhadap pasien yang pernah menderita penyakit gastrointestinal bagian atas dan pasien yang sedang menjalani terapi dengan antikoagulan. Pemberian *meloxicam* harus dihentikan bila terjadi ulkus pepticum atau perdarahan gastrointestinal.

Lampiran 3 : Pemeriksaan Laboratorium

Pada tanggal 13 maret 2023 pasien telah dilakukan pemeriksaan laboratorium darah lengkap dengan hasil :

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	9.6	g/dL	13.5 – 18.0
Leukosit	25.75	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 – 10.50
Hematokrit	27.3%	%	42.0 – 52.0
Trombosit	278	$10^3/\mu\text{L}$	163 - 337

Lampiran 4 : Lembar konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Ni Made Suarti, S.Pd., M.Kep

Nama Mahasiswa : Kiki Karlita
3B (2011061)

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. K dengan Anemia Ecausa
Hematemesis Melena di Ruang Penyakit Dalam Lantai 14,
RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran / Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	20 Maret 2023	Bimbingan pertama Perkenalan dan menjelaskan bagaimana pengambilan kasus di RS dan teknik penyusunan KTI	
2.	21 Maret 2023	Menyerahkan BAB 3	
3.	5 April 2023	Menyerahkan perbaikan BAB 3 - Perbaiki cara penulisan - Pengkajian lebih lengkap - Penjelasan genogram - Perbaiki data tambahan	
4.	15 April 2023	Menyerahkan BAB 1	
5.	30 April 2023	Menyerahkan perbaikan BAB 1 - Perbaiki cara penulisan - Perbaiki sitasi - Perbaiki latar belakang	
6.	1 Mei 2023	Menyerahkan perbaikan BAB 3 - Bagian pelaksanaan tambahkan waktu menjadi 24 jam	

		- Bagian evaluasi masih kurang tepat	
7.	15 Mei 2023	Menyerahkan perbaikan BAB 1 - Tambahkan bukti prevalensi - Tambahkan nomor halaman	
8.	2 Juni 2023	Menyerahkan perbaikan BAB 1 - Perbaiki margins - Perbaiki penulisan - Perbaiki sitasi Menyerahkan BAB 2	
10.	5 Juni 2023	Menyerahkan BAB 3 dan BAB 4	
11.	6 Juni 2023	Menyerahkan perbaikan BAB 3 dan BAB 4 - Bagian pelaksanaan masih belum 24 jam - Bagian evaluasi, perbaiki soap	
12.	7 Juni 2023	ACC BAB 1 dan BAB 2	
13.	8 juni 2023	ACC BAB 3 perbaikan BAB 4 dan BAB 5	
14.	9 Juni 2023	ACC BAB 4 dan BAB 5	