



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. E DENGAN
ANEMIA ECAUSA MELENA DI RUANG PENYAKIT
DALAM KAMAR 1407 LANTAI 14 GEDUNG D
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

ROVEN ARISKA SAPUTRA

2011071

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. E DENGAN
ANEMIA ECAUSA MELENA DI RUANG PENYAKIT
DALAM KAMAR 1407 LANTAI 14 GEDUNG D
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

ROVEN ARISKA SAPUTRA

2011071

**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 penulis nyatakan dengan benar**

Nama : Roven Ariska Saputra

NIM : 2011071

Tanda Tangan :

Tanggal : 13 Juni 2023

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

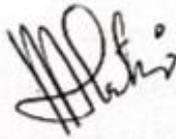
**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah penulis nyatakan dengan benar**

Nama : Roven Ariska Saputra
NIM : 2011071
Tanda Tangan : 
Tanggal : 13 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

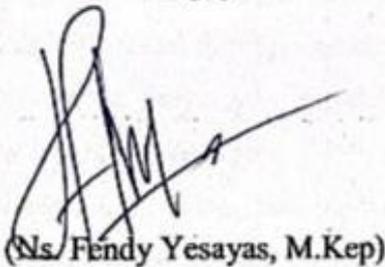
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. E Dengan
Anemia Ecausa Melena Di Ruang Penyakit
Dalam Kamar 1407 Lantai 14 Gedung D
RSUD Koja Jakarta Utara

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 STIKes RS Husada

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. E Dengan Anemia Ecausa Melena Di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1407 Lantai 14 Gedung D RSUD Koja Jakarta Utara. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada;
2. Ibu Ns. Veronica Yeni, M. Kep., Sp. Kep. Mat selaku Kaprodi D3 Keperawatan yang telah membimbing, dan memberi arahan serta memberi 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 penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
4. Bapak Ns. Fendy Yesayas, M.Kep selaku penguji I sekaligus pembimbing akademik yang telah memberikan semangat dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini;
5. Ibu Dameria Saragih, S.KP., M. Kep selaku penguji II dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini;
6. Staf pendidikan yang telah banyak membantu dan memberi bimbingan selama menjalani pendidikan serta memberikan penulis motivasi;
7. Kepala Ruangan penyakit dalam dan para perawat yang telah memberikan bimbingan selama praktik di Ruang penyakit dalam lantai 14 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara;
8. Tn. E dan Keluarga atas bantuan dan kerja samanya selama penulis

memberikan Asuhan Keperawatan;

9. Orang Tua dan Keluarga penulis yang telah memberikan bantuan material dan moral serta kasih sayang yang tidak pernah henti-hentinya penulis dapatkan sehingga penulis bisa berada di posisi saat ini, semoga selalu dalam lindungan Allah SWT;
10. Sekar Indar Dewi terima kasih atas waktu, tenaga dan pikiran selama ini telah menemani dari awal kuliah hingga saat ini menjadi tempat bertukar pikiran kurang lebih tiga tahun terakhir ini, menjadi penyemangat bagi penulis disaat penulis jauh dari keluarga dan dalam keadaan apapun sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini;
11. Sahabat Sejatiku Subagyo, Faisal, Joan, Dea, Andini dan Yulia Kartika, terima kasih selama ini telah menjadi tempat bertukar pikiran dan menjalani suka duka bersama serta terimakasih atas bantuan, dorongan dan dukungannya dalam tiga tahun terakhir ini sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini;
12. Teman-teman seperjuangan Tim Keperawatan Medikal Bedah ruang penyakit dalam Epooi, Kikoi, Nomnom, dan Nuril yang telah saling membantu selama masa dinas; dan
13. Teman-teman angkatan 33 yang selama tiga tahun telah berjuang bersama, terutama kelas B terimakasih atas kebersamaan dan bantuannya.

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan	6
C. Ruang Lingkup	7
D. Metode Penulisan	7
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI	9
A. Pengertian.....	9
B. Patofisiologi	10
C. Penatalaksanaan.....	15
D. Pengkajian Keperawatan.....	16
E. Diagnosa Keperawatan	22
F. Perencanaan Keperawatan	22
G. Pelaksanaan Keperawatan.....	27
H. Evaluasi Keperawatan.....	27
BAB III TINJAUAN KASUS	29
A. Pengkajian	29
B. Diagnosa Keperawatan.....	42
C. Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.	42
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Pengkajian Keperawatan	58
B. Diagnosa	59
C. Perencanaan	61
D. Pelaksanaan.....	62
E. Evaluasi.....	63
BAB V PENUTUP	65
A. Kesimpulan.....	65
B. Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	67

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tubuh manusia membutuhkan oksigen untuk sebagian besar metabolisme energinya, yang dibawa ke seluruh tubuh oleh sel darah merah (*red blood cell*). Sel darah merah mengandung *haemoglobin*, suatu protein yang mengangkut oksigen dari paru-paru dan mendistribusikannya ke seluruh bagian tubuh (Krakovsky, 2013). Ketika jumlah sel darah merah menurun atau jumlah *haemoglobin* yang dikandungnya rendah, darah tidak dapat membawa oksigen yang cukup. Kekurangan oksigen dalam jaringan dapat menyebabkan gejala anemia (Braunstein, 2015).

Anemia adalah gejala dari kondisi medis yang mendasarinya, seperti kehilangan komponen darah, Anemia adalah suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah atau jumlah *haemoglobin* (protein pembawa oksigen) dalam sel darah merah lebih rendah dari biasanya. Sel darah merah mengandung *haemoglobin*, yang memungkinkan mereka membawa oksigen dari paru-paru dan mendistribusikannya ke seluruh bagian tubuh. Anemia berkurangnya jumlah sel darah merah atau jumlah *haemoglobin* dalam sel darah merah, sehingga darah tidak dapat membawa oksigen dalam jumlah yang dibutuhkan ke tubuh. Elemen yang tidak mencukupi, atau kekurangan nutrisi yang dibutuhkan untuk pembentukan sel darah merah, yang mengakibatkan penurunan kapasitas

pengangkut oksigen darah (Desmawati, 2013). Salah satu yang menyebabkan anemia adalah adanya perdarahan dari saluran cerna yang terjadi karena adanya *infeksi* pada usus atau adanya luka pada lambung sehingga menyebabkan tinja berwarna hitam, akumulasi darah di saluran pencernaan merangsang peristaltis, menyebabkan bising usus hiperaktif dan diare, feses yang mengandung darah yang berasal dari saluran cerna memiliki bau yang khas, karena terjadi perdarahan saluran cerna bagian atas yang signifikan, asupan protein darah meningkatkan konsentrasi nitrogen urea darah (LeMone, M.Burke, K & Bauldoff, G., 2016).

Anemia adalah rendahnya atau berkurangnya jumlah sel darah merah dalam darah, rendahnya kadar hemoglobin atau keduanya. Penurunan jumlah sel darah merah yang bersirkulasi merupakan penyebab umum anemia. Hal ini bisa disebabkan oleh kehilangan darah, produksi sel darah merah yang tidak mencukupi atau peningkatan pemecahan sel darah merah. Hemoglobin yang tidak mencukupi atau rusak dalam sel darah merah pada anemia (LeMone et al., 2016).

Anemia dapat terjadi karena perdarahan *gastrointestinal* yang nyata, yang dapat bermanifestasi secara klinis sebagai *hematemesis*, *melena*, atau *hematochezia*. *Melena* memiliki bau khas yang menandakan adanya perdarahan SCBA (saluran Cerna Bagian Atas) dan penyerapan darah di usus halus, dengan perubahan *feses* yang lengket seperti tar dan berwarna hitam. Salah satu penyebab *melena* adalah terjadi kelainan pada esofagus, lambung, dan duodenum yang disebabkan oleh penggunaan NSAID (*Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs*) dalam jangka panjang (Wiranata, 2021). *Melena* atau

tinja berwarna gelap, bukanlah gejala yang tidak biasa dalam praktik klinis, dan sumber perdarahan bervariasi dari saluran pencernaan bagian atas hingga usus kecil. Dalam kasus yang jarang terjadi, perdarahan yang fatal dapat terjadi, sehingga memerlukan identifikasi dan pengobatan segera dari sumber perdarahan (Iwama et al., 2021).

Menurut Jitowiyono, (2018) komplikasi anemia dapat menyebabkan masalah pada jantung dan bisa sampai menyebabkan kematian. Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan anemia adalah ketidakefektifan perfusi jaringan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dan intoleransi aktivitas (Rahayu & Maesaroh, 2014).

Melena mengacu pada tinja hitam yang terjadi sebagai akibat dari perdarahan *gastrointestinal*. Perdarahan ini biasanya berasal dari saluran *gastrointestinal* (GI) bagian atas, yang meliputi mulut, kerongkongan, lambung, dan bagian pertama dari usus kecil. Dalam beberapa kasus, perdarahan di kolon asendens dari usus besar, yang terletak di saluran *gastrointestinal* bagian bawah, juga dapat menyebabkan *melena*. *Melena* berbeda dengan *hematochezia*, yang mengacu pada darah segar di tinja yang menyebabkan tinja berwarna merah maroon atau merah. Darah ini biasanya berasal dari saluran pencernaan bagian bawah, paling sering dari perdarahan dubur, seperti wasir (Jennifer, 2017).

Anemia merupakan masalah gizi yang umum di seluruh dunia, terutama di negara berkembang, diperkirakan lebih dari 30% penduduk dunia atau 1500 juta orang menderita anemia dan sebagian besar tinggal di daerah tropis (WHO, 2018).

Berdasarkan hasil Riskesdas (2018), prevalensi di Indonesia adalah 32% dengan anemia pada pasien berusia 5-14 tahun adalah 26,4% dan 18,4% pada pasien berusia 15-24 tahun. Prevalensi anemia di Indonesia khususnya pada remaja putri sebesar 26,50%, wanita usia subur 26,9%, ibu hamil sebesar 40,1% dan pada balita sebesar 47%. Sedangkan berdasarkan hasil rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta pasien yang masuk dengan kasus anemia berjumlah 3.017 orang selama periode Februari 2022 sampai dengan Februari 2023.

Angka kematian *melena* di berbagai belahan dunia menunjukkan angka yang cukup tinggi, terutama di Indonesia yang perlu mendapat perhatian khusus. Berdasarkan hasil penelitian di Jakarta, ditemukan angka kematian akibat perdarahan saluran cerna bagian atas sekitar 26%. Tingkat perdarahan SCBA (Saluran Cerna Bagian Atas) dua kali lebih sering ditemukan pada pria dibanding wanita dalam seluruh tingkatan usia, tetapi mortalitas tetap sama pada kedua jenis kelamin. Angka kematian meningkat pada usia yang lebih tua (>60 tahun) baik pada pria maupun wanita. Untuk memeriksa perdarahan saluran cerna bagian atas, dilakukan endoskopi untuk mendiagnosis kemungkinan penyebab perdarahan saluran cerna bagian atas (Almi DU, 2013)

Penderita anemia yang tidak mendapat perawatan yang baik bisa saja mengalami beberapa komplikasi seperti kesulitan melakukan aktivitas akibat mudah lelah. Masalah pada jantung, seperti aritmia dan gagal jantung. Gangguan pada paru misalnya hipertensi pulmonal. Selain itu anemia juga dapat memicu terjadinya komplikasi kehamilan, seperti melahirkan premature, atau bayi lahir dengan berat badan rendah serta risiko kematian akibat

perdarahan saat melahirkan. Penderita anemia juga dapat terjadi infeksi dan akan terjadi gangguan tumbuh kembang apabila terjadi pada pada anak-anak atau bayi (Reichenbach et al., 2019)

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang dapat dilakukan meliputi aspek yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya promotif adalah cara perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit anemia seperti pengertian, penyebab, tanda gejala, komplikasi serta bagaimana cara pencegahan anemia. Upaya preventif merupakan upaya pencegahan terjadinya anemia dengan cara mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin B12, vitamin C, zat besi dan mengobati penyakit yang menyebabkan anemia. Upaya kuratif yaitu upaya pemberian pengobatan kepada pasien sesuai dengan anjuran dokter, memberikan transfusi darah, mengobati penyakit yang menyebabkan anemia sehingga sembuh, memberikan asupan nutrisi yang kaya akan zat besi, asam folat, dan vitamin. Rehabilitatif yaitu menjaga pola makan yang seimbang dan memanfaatkan fasilitas kesehatan sebagai sarana untuk memeriksa kesehatan secara teratur.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut bagaimana pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan *anemia ecausa melena* melalui proses keperawatan mulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *anemia ecause melena*.

2. Tujuan Khusus

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

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis membahas yaitu “Asuhan Keperawatan pada Tn. E dengan *Anemia ecausa Melena* Di Ruang Penyakit Dalam Lantai 14 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 13 sampai 15 Maret tahun 2023”.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan metode tipe deskriptif studi kasus, penulis mengambil kasus yang dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, adapun teknik yang penulis gunakan dalam pengumpulan data yaitu : melakukan wawancara langsung dengan pasien dan keluarganya untuk mendapatkan data pasien. Melakukan pemeriksaan fisik head to toe untuk mendapatkan berbagai kelainan pada pasien. Studi dokumentasi untuk mendapatkan data penunjang dengan mempelajari rekam medis pasien, penulis juga bertanya kepada perawat penanggung jawab dan dokter untuk mendapatkan data pasien.

E. Sistematika Penulisan

Laporan ini disusun secara sistematika yang terdiri dari lima bab yaitu:

BAB I: Pendahuluan menguraikan latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II: Tinjauan teori, yaitu terdiri dari pengertian, patofisiologi (etiologi, proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, dan komplikasi), pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan (terapi dan tindakan medis), dan asuhan keperawatan (pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan).

BAB III: Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, penatalaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB IV: Pembahasan yaitu membahas kesenjangan antara teori dengan kasus pada pasien Tn. E dengan penyakit anemia ecausa melena mulai pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, penatalaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan serta faktor pendukung, faktor penghambat dan solusi pemecahan masalah.

BAB V: Penutup meliputi kesimpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Anemia adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh kurangnya sel darah merah yang sehat, jumlah sel darah merah atau tingkat hemoglobin. Hipoksia terjadi karena tubuh kekurangan oksigen. Anemia adalah sekelompok penyakit yang menyebabkan kelainan pada jumlah, struktur, dan fungsi sel darah merah. Jika anemia terdeteksi penyelidikan lebih lanjut harus dilakukan untuk menentukan penyebabnya (M.Black & Hawks, 2014).

Anemia adalah dimana terjadi penurunan jumlah masa eritrosit yang ditunjukkan oleh penurunan kadar hemoglobin, hematokrit dan hitung eritrosit. Sintesis hemoglobin memerlukan ketersediaan besi dan protein yang cukup dalam tubuh. Protein berperan dalam pengangkutan besi ke sumsum tulang untuk membentuk molekul hemoglobin yang baru (Nasruddin, 2021).

Anemia adalah suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah, atau jumlah hemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam sel darah merah, lebih rendah dari 13.5 – 18.0 g/dL. Sel darah merah mengandung hemoglobin dan dapat membawa oksigen dari paru-paru ke seluruh tubuh. Anemia berkurangnya jumlah sel darah merah, atau jumlah hemoglobin di dalamnya, sehingga darah tidak dapat membawa jumlah oksigen yang cukup dibutuhkan tubuh. Anemia itu sendiri merupakan gejala dari gangguan yang mendasarinya, seperti hilangnya komponen darah, kekurangan elemen, atau kekurangan

nutrisi yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah, sehingga mengurangi kapasitas pembawa oksigen dalam darah (Desmawati, 2013).

Anemia adalah rendahnya atau berkurangnya jumlah sel darah merah dalam darah, rendahnya kadar hemoglobin atau keduanya. Penurunan jumlah sel darah merah yang bersirkulasi merupakan penyebab umum anemia. Ini bisa disebabkan oleh kehilangan darah, produksi sel darah merah yang tidak mencukupi atau peningkatan pemecahan sel darah merah. Hemoglobin yang tidak mencukupi atau rusak dalam sel darah merah pada anemia (LeMone et al., 2016).

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Etiologi anemia menurut (Mahardika & Zuraida, 2016) adalah sebagai berikut : Tidak mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi, vitamin B12, asam folat, vitamin C dan zat lain yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah. Haid yang berlebihan, wanita yang sedang dalam masa menstruasi rentan mengalami anemia defisiensi besi jika darah menstruasinya banyak dan tidak cukup zat besi. Kehamilan, ibu hamil rentan terkena anemia karena janin menyerap zat besi dan vitamin untuk pertumbuhan. Penyakit tertentu yang menyebabkan perdarahan terus-menerus pada saluran pencernaan seperti gastritis dan radang usus buntu dapat menyebabkan anemia. Obat-obatan tertentu yang dapat menyebabkan perdarahan lambung (aspirin, obat anti inflamasi/kelompok obat yang mengurangi peradangan dan meredakan nyeri, dll). Hal ini dapat menyebabkan anemia karena tubuh menyerap lebih sedikit zat besi dan

vitamin B12. Penyakit radang kronis seperti lupus, penyakit ginjal, masalah tiroid, jenis kanker tertentu, dan penyakit lain dapat menyebabkan anemia karena mempengaruhi pembentukan sel darah merah.

2. Proses

Anemia menyebabkan gangguan transportasi oksigen. Penurunan *haemoglobin* atau jumlah sel darah merah yang sangat rendah menyebabkan transportasi oksigen yang tidak memadai ke jaringan dan menyebabkan hipoksia atau tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh. Tubuh mengkompensasi hal ini dengan meningkatkan produksi sel darah merah, meningkatkan volume sekuncup atau detak jantung dan mendistribusikan kembali darah dari jaringan dengan kebutuhan oksigen rendah ke jaringan dengan kebutuhan oksigen tinggi (Nurbadriyah, 2019).

Adanya anemia mencerminkan kegagalan sumsum tulang atau kehilangan sel darah merah yang berlebihan atau juga bisa keduanya. Kegagalan sumsum tulang dapat disebabkan oleh defisiensi nutrisi, paparan toksik, invasi tumor, atau sebagian besar karena penyebab yang tidak diketahui. Sel darah merah bisa hilang karena pendarahan atau hemolisis (penghancuran). Sebagai produk sampingan dari proses ini, bilirubin yang terbentuk dalam sel fagosit masuk dengan meningkatkan bilirubin plasma (Kadar normal adalah 1 mg/dl atau kurang; kadar 1,5 mg/dl menyebabkan ikterik pada sklera). Ikterik adalah perubahan warna kulit/skleria mata menjadi kuning karena peningkatan kadar bilirubin

dalam darah. Bilirubin dibuat dalam tubuh dari hasil pemecahan sel darah merah (eritrosit), yang kemudian menuju hati melalui aliran darah, pada kasus pasien dengan anemia kadar sel darah merah mengalami penurunan sehingga tidak dapat memecah bilirubin dalam tubuh yang menyebabkan kondisi tubuh menjadi ikterik atau mengalami kekuningan. Anemia adalah penyakit kurang darah yang ditandai dengan rendahnya kadar *haemoglobin* (Hb) dalam sel darah merah (eritrosit). Fungsi darah membawa makanan dan oksigen ke semua bagian organ tubuh. Jika jumlah oksigen lebih rendah dapat menghambat pekerjaan organ-organ penting, salah satunya adalah otak. Otak terdiri dari 2,5 miliar sel bioneuron. Jika kemampuannya hilang, otak akan sulit berfikir dan otak juga akan sulit untuk mengingat sesuatu (Desmawati, 2013).

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinik menurut (Brunner & Suddarth, 2017) ada beberapa faktor yang memengaruhi perkembangan gejala yang terkait dengan anemia yaitu; Kecepatan terbentuknya anemia, durasi anemia (kronisitasnya), kebutuhan metabolik, penyakit lain atau disabilitas yang menyertai anemia (mis. Penyakit jantung dan paru) dan komplikasi atau manifestasi kondisi penyerta yang dapat menimbulkan anemia. Biasanya, semakin cepat anemia terbentuk maka semakin berat gejalanya, adapun gejala yang muncul pada anemia mencakup: Dispnea, nyeri dada, nyeri otot atau kram, takikardia; Kelemahan, keletihan, malaise umum; Pucat pada kulit dan membran mukosa (konjungtiva, mukosa oral); Ikterik (anemia megaloblastik atau hemolitik); Lidah halus dan berwarna merah

(anemia defisiensi besi); Lidah luka seperti daging merah (anemia megaloblastik); Kuku rapuh, melengkung atau membung, berbentuk cekung dan pika (secara tidak lazim) pada pasien anemia defisiensi besi.

Menurut Jitowiyono, S (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

Menurut (Saputra, 2019) secara morfologis anemia dapat dibagi menurut ukuran sel dan hemoglobin yang dikandung seperti berikut:

a. Makrositik

Ukuran sel darah merah bertambah besar dan jumlah hemoglobin tiap sel juga bertambah besar dan jumlah hemoglobin tiap sel juga bertambah. Anemia ini dibagi menjadi dua, yaitu anemia megaloblastik dan anemia non-megaloblastik. Penyebab anemia makrositik adalah kekurangan vitamin B12, asam folat, atau gangguan sintesis DNA. Sedangkan anemia non-megaloblastik disebabkan oleh eritropoiesis yang dipercepat dan peningkatan luas permukaan membran.

b. Mikrositik

Mengecilnya sel darah merah adalah salah satu tanda anemia mikrositik. Penyebabnya adalah defisiensi besi, gangguan sintesis globin, protein dan heme, serta gangguan metabolisme besi lainnya

c. Normositik

Ukuran sel darah merah tidak berubah. Penyebabnya yaitu kehilangan darah yang parah, meningkatnya plasma secara berlebihan, gangguan endokrin ginjal dan hati.

5. **Komplikasi**

Ada beberapa komplikasi anemia menurut Jitowiyono (2018). Jika tidak diobati, anemia dapat menyebabkan banyak masalah kesehatan, seperti:

a. Kelelahan berat

Anemia cukup berat, seseorang dapat merasa sangat lelah, sehingga tidak dapat menyelesaikan tugas sehari-hari.

b. Masalah jantung

Anemia dapat menyebabkan detak jantung cepat atau menjadi tidak teratur (aritmia). Jika seseorang memiliki anemia, maka jantung harus memompa lebih banyak darah. Hal ini dapat menyebabkan jantung menjadi membesar atau gagal jantung.

c. Kematian

Pada beberapa kasus anemia turunan, seperti anemia sel sabit, dapat menyebabkan komplikasi yang mengancam jiwa. Kehilangan banyak

darah dengan cepat dapat menyebabkan anemia akut dan berat bahkan bisa berakibat fatal.

C. Penatalaksanaan

1. Terapi

Penatalaksanaan terapi menurut Nurbadriyah, W. D (2019) adalah sebagai berikut: Terapi kausal penyebabnya seperti pengobatan cacing tambang, pengobatan hemoroid, terapi kausal harus dilakukan, kalau tidak maka anemia akan kambuh kembali; Pemberian preparat zat besi untuk mengganti kekurangan zat besi dalam tubuh.

Zat besi per oral merupakan obat pilihan pertama karena efektif dan aman, preparat yang tersedia yaitu *Ferrous sulphat*, Zat besi parenteral memiliki efeksamping berbahaya karena memiliki indikasi yaitu oral berat, kepatuhan berobat berkurang, dan perlu peningkatan Hemoglobin secara cepat misalnya seperti sebelum operasi. Pemberian preparat Fe (ferosulfat, ferofumarat, ferolukonat) diberikan diantara waktu makan, preparat besi ini juga diberikan dua sampai tiga bulan setelah kadar hemoglobin normal. Anemia pada penyakit kronis kebanyakan pasien yang tidak menunjukkan gejala dan tidak memerlukan penanganan untuk penyakit anemia nya, zat besi sumsum tulang dipergunakan untuk membuat darah, sehingga hemoglobin meningkat.

Anemia pada defisiensi besi dicari penyebab defisiensi besi dan menggunakan preparat besi oral seperti sulfat feros, glukonat ferous dan fumarate ferous. Anemia megaloblastik defisiensi vitamin B12 ditangani dengan pemberian vitamin B12, Untuk mencegah anemia kambuh terapi

B12 harus diteruskan selama hidup. Anemia defisiensi asam folat penanganannya dengan diet dan penambahan asam folat

2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan

Menurut Mahardika & Zuraida (2016) penatalaksanaan anemia ditujukan untuk mencari penyebab dan mengganti darah yang hilang, sebagai berikut:

a. Anemia aplastik

Dengan transplantasi sumsum tulang dan pemberian terapi immunosupresif (kelompok obat yang digunakan untuk menekan kerja sistem kekebalan tubuh).

b. Anemia pada penyakit ginjal

Pada pasien dialysis harus ditangani dengan pemberian zat besi dan asam folat.

c. Transfusi Darah

Transfusi darah jarang diperlukan. Transfusi darah hanya diberikan dalam kasus anemia yang sangat parah atau infeksi terkait yang dapat mempengaruhi respon terhadap pengobatan. Pemberian PRC (*Packed Red Cell*) dimasukkan perlahan dengan volume yang cukup untuk meningkatkan konsentrasi kadar *haemoglobin* ke tingkat yang aman sambil menunggu respon terhadap terapi zat besi, pada umumnya untuk penderita anemia berat.

D. Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian yang harus dilakukan pada pasien dengan anemia menurut

Brunner & Suddarth (2014) yaitu :

- a. Identitas pasien (Nama, umur, agama, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan terakhir dan alamat pasien) dan menanyakan keluhan yang sedang dirasakan oleh pasien saat ini.
- b. Riwayat kesehatan pasien: Keluhan utama pada pasien anemia yaitu merasa lemah, pusing, lesu, mata berkunang-kunang, dan wajah pucat, dan untuk riwayat penyakit sekarang didapatkan adanya keluhan lemas, lesu, merasa pusing dan juga mengeluh sulit tidur.
- c. Tanyakan kepada pasien mengenai tingkat keparahan dan jenis gejala yang dialami oleh pasien serta menanyakan mengenai dampak gejala tersebut pada gaya hidup, tanyakan mengenai riwayat pengobatan, asupan alkohol, dan tanyakan 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. Lakukan 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 terbaru lalu perhatikan dan catat bila adanya perubahan.
- g. Kaji kondisi jantung: Takikardia, palpitasi, dispnea, ortopnea, kardiomegali, hepatomegali dan edema perifer.
- h. Kaji fungsi gastrointestinal : mual, muntah, diare, melena atau tinja berwarna hitam dan anoreksia.

2. Pemeriksaan fisik pada pasien anemia menurut Doenges (2014) adalah sebagai berikut :

a. Aktivitas/istirahat

Gejala : keletihan, kelemahan, malaise umum (meriang), kehilangan produktivitas, penurunan semangat untuk bekerja dan kebutuhan untuk tidur dan istirahat lebih banyak.

Tanda : takikardia/takipnea, dyspnea pada saat bekerja atau istirahat, letargi (kelelahan oleh hal-hal diluar penyakit), apatis, lesu dan kurang tertarik pada sekitarnya. Kelemahan otot dan penurunan kekuatan (ataksis) tubuh tidak gerak.

b. Sirkulasi

Tanda : riwayat kehilangan darah kronis misalnya : perdarahan GI kronis, CHF (akibat kerja jantung berlebihan), riwayat endocarditis, palpitasi (takikardia kompensasi)

Gejala : peningkatan sistolik dengan diastolik stabil dan tekanan nadi melebar, hipotensi postural. Disritmia : abnormalitas EKG, misalnya depresi segmen ST (pasien yang mengalami nyeri dada adalah gambaran dari iskemia) dan pendataran atau depresi gelombang T (takikardia); Bunyi jantung : murmur sistolik. Ekstremitas : pucat pada kulit dan membran mukosa (konjungtiva, mulut, faring, bibir dan dasar kuku). Sklera : ikterik atau anikterik. Kuku : mudah patah, berbentuk seperti sendok (koilonikia). Rambut : kering mudah putus, menipis dan tumbuh uban.

c. Integritas ego

Tanda : perasaan yang negatif terhadap diri sendiri

Gejala : depresi

d. Eliminasi

Tanda : Riwayat pielonefritis, gagal ginjal. Flatulen, feses dengan darah segar, melena, diare atau konstipasi dan penurunan pengeluaran urine

Gejala : distensi abdomen

e. Makanan/cairan

Tanda : penurunan masukan diet, masukan diet protein hewani rendah/masukan produk sereal tinggi. Nyeri mulut atau lidah, kesulitan menelah (ulkus pada faring). Mual muntah, dyspepsia, anoreksia, dan adanya penurunan berat badan

Gejala : lidah tampak merah daging/halus; defisiensi asam folat dan vitamin B12. Membran mukosa kering, pucat. Turgor kulit buruk, kering, tampak kisut/hilang elastisitas. Stomatitis dan glasotis (status defisiensi), bibir pecah-pecah

f. Higiene

Tanda : kumal, lesuh dan lemas

Gejala : kurang bertenaga, penampilan tak rapih

g. Neurosensori

Tanda : sakit kepala, berdenyut, pusing, vertigo, tinnitus, ketidakmampuan berkonsentrasi. Insomnia, penurunan penglihatan, bayangan pada mata, kelemahan dan kaki goyah

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 abdomen samar, sakit kepala

Gejala : meringis nyeri, gelisah, takikardia

i. Pernapasan (respirasi)

Pada pasien anemia biasanya pasien mengalami sesak nafas, karena kurangnya oksigen didalam tubuh akibat dari kurangnya sel darah merah

j. Keamanan

Tanda : riwayat pekerjaan terpajan bahan kimia misalnya bensin, insektisida, fenilbutazon, naftalen. Riwayat terpajan pada radiasi baik sebagai pengobatan atau kecelakaan. Riwayat kanker, terapi kanker. Tidak toleran terhadap dingin atau panas. Gangguan penglihatan. Penyembuhan luka buruk, sering infeksi.

Gejala : demam rendah, menggigil, berkeringat malam. Adanya kelenjar getah bening, petekie (bintik-bintik kecil dibawah kulit) dan ekimosis (luka lebam/memar)

k. Seksualitas

Pada pasien anemia biasanya terjadi libido (pada pria dan wanita) atau yang biasa disebut dengan gairah seksual, impotensi

1. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala : kecendrungan keluarga untuk anemia, penggunaan antikonvulsan masa lalu atau saat ini, antibiotic, agen kemotrapi (gagal sumsum tulang), aspirin, obat anti inflamasi atau antikoagulan. Penggunaan alkohol kronis. Adanya atau berulangnya episode perdarahan aktif. Riwayat penyakit hati, ginjal; misalnya masalah hematologi, manifestasi cacing pita, peliendokrinopati, masalah autoimun.

3. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Doenges (2014) 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. Eritropoietin : hormon yang menstimulasi sumsum tulang untuk memproduksi sel darah merah.
- c. Zat besi serum : mengukur kadar zat besi dalam bagian darah yang cair.
- d. Kapasitas ikatan zat besi total / total iron-binding capacity (TIBC) : mengukur jumlah zat besi yang dapat dibawa melalui darah
- e. Fenitin serum : menunjukkan jumlah cadangan zat besi didalam tubuh.
- f. 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, kardia serta fundus lambung untuk mengetahui ada tidaknya varises sedini mungkin setelah hematemesis berhenti.

- g. Pemeriksaan endoscopy : untuk menentukan asal dan sumber perdarahan yang terjadi.

E. Diagnosa Keperawatan

Ada beberapa diagnosa keperawatan pada pasien dengan anemia menurut PPNI (2017) adalah sebagai berikut :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hemoglobin.
2. Nyeri akut berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang kurang, anoreksia.
5. Risiko infeksi 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 untuk mencapai hasil atau luaran yang di harapkan (PPNI, 2018).

Perencanaan menurut SLKI (2018) & Doenges (2014) :

- 1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin**

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat

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

Perencanaan :

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

Rasional: mengetahui kemungkinan adanya gangguan pada perfusi perifer.

- b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis : diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)

Rasional : beberapa penyakit seperti diabetes, hipertensi, hiperkolesterol dapat menyebabkan gangguan sirkulasi perifer

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

Rasional : mengetahui adanya masalah atau gangguan yang terjadi pada bagian perifer tubuh

2. Nyeri akut berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun

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

Perencanaan :

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

- b. Rasional : nyeri akut yang dialami, dapat bersifat lokal, berpindah, atau lebih menyeluruh dan digambarkan sebagai berdenyut, terasa digigit, atau parah dan tidak tertahankan.
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
Rasional : Isyarat non verbal dapat membantu mengevaluasi nyeri dan keefektifan terapi.
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
Rasional : melibatkan klien dan orang terdekat klien dalam asuhan dan memungkinkan untuk mengidentifikasi terapi yang diketahui dapat meredakan nyeri,
- e. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Rasional : dapat digunakan untuk mengendalikan nyeri yang terjadi pada tubuh

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

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

Kriteria hasil : frekuensi nadi meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah beraktivitas menurun

Perencanaan :

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
Rasional : mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan
- b. Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional : kelelahan karena gagal jantung kongesif dapat berhubungan dengan hemodinamik, pernafasan dan kelainan otot perifer.

c. Monitor pola dan jam tidur

Rasional : pola tidur yang baik akan membantu menghilangkan kelelahan dan penurunan beban kerja jantung.

d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional : mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan.

e. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus misalnya cahaya, suara, kunjungan

Rasional : lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan pola dan jam tidur yang lebih baik untuk menurunkan tingkat kelelahan

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

Rasional : aktivitas yang meningkat secara bertahap dan dapat membantu pasien mendapatkan kondisi jantung yang optimal dan memperbaiki toleransi aktivitas.

g. Anjurkan tirah baring

Rasional : istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi kembali.

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, membran mukosa membaik

Perencanaan :

- a. Identifikasi status nutrisi

Rasional : Mengidentifikasi kekuatan dan kekurangan nutrisi

- b. Monitor berat badan

Rasional : Penurunan berat badan dapat mengindikasikan jaringan lemak klien, sumber utama cadangan energi, mengalami deplesi

- c. Anjurkan oral hygiene sebelum makan

Rasional : Mencegah kekeringan mukosa, meningkatkan kenyamanan, dan mengurangi rasa asam

- d. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: pereda nyeri, antiemetik)

Rasional : Sebagian besar antiemetik bekerja untuk mengganggu stimulasi pusat muntah, dan medikasi ini sering diresepkan secara rutin sebelum, sesudah, atau setelah kemoterapi untuk mencegah mual dan muntah.

5. Risiko infeksi faktor risiko penurunan hemoglobin

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

- b. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional : Mengurangi risiko infeksi dan kolonisasi bakteri.

G. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah serangkaian kegiatan atau tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik atau optimal (Hardinata et al, 2022). Implementasi keperawatan dapat meliputi:

1. Independen : suatu kegiatan yang dilaksanakan perawat tanpa petunjuk dan perintah dokter atau tenaga kesehatan lainnya dan dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan. Dalam tindakan ini perawat mempunyai kewenangan dalam melakukan tindakan keperawatan sesuai pendidikan dan pengalaman.
2. Dependen : suatu tindakan yang berhubungan dengan pelaksanaan medis.
3. Interdependen : suatu tindakan yang memerlukan kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Hardinata et al, 2022). Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

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

BAB III TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan menguraikan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. E dengan Anemia ec Melena di Ruang Penyakit Dalam lantai 14 Rumah Sakit Umum Daerah Koja mulai tanggal 13 sampai dengan tanggal 15 Maret 2023.

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Pasien bernama Tn. E berusia 66 tahun, status menikah, beragama Islam, suku bangsa Sunda, Bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, Pendidikan terakhir SD, Tidak bekerja, Alamat : Jl. Kapuk poglar, Rt. 005, Rw. 004, Sumber biaya BPJS, Sumber informasi Pasien, keluarga dan rekam medis. Pasien masuk Rumah Sakit pada tanggal 10 Maret 2023 di Ruang Penyakit Dalam

2. Resume

Pada tanggal 10 Maret 2023 pasien Tn. E dengan Anemia EC Melena pasien rujukan dari Rumah Sakit Bhakti Mulia Jakarta Barat masuk ke Rumah Sakit Koja melalui IGD. Pasien mengatakan 3 hari terakhir mengalami melena yaitu BAB hitam sudah 4 kali, di rumah sakit sebelumnya 2 kali dan di RS koja 2 kali, pasien mengeluh lemas, muntah dan pusing, pasien mengatakan faktor pencetusnya karena melena 4 kali,

muntah 2 kali, Hb 5,6 g/dl Keadaan umum pasien sakit berat, kesadaran composmentis. Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 123/56 mMhg, Nadi : 92x/menit Frekuensi nafas : 21x/menit, suhu : 36,5°C. Masalah Keperawatan yang muncul adalah Perfusi perifer tidak efektif, Intoleransi aktivitas, Gangguan pola tidur dan Risiko jatuh. Tindakan mandiri yang telah dilakukan adalah mengobservasi tanda-tanda vital, mengkaji integritas kulit pasien dan mengobservasi tanda dan gejala melena. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu memberikan PRC 224ML pada jam 13.20, Omeprazole 5ampul/24 jam, Vitamin K 3x1 tablet, Sucralfate 3x15ml dan pemeriksaan USG. hasil pemeriksaan USG pada tanggal 14 maret 2023 yaitu: Hepar : Normal, GB: Normal, Lien: Normal, Ginjal kanan: Normal, Ginjal kiri: Tampak kista batas tegas tepi reguler ukuran 0,97cm x 0,9cm dengan tak tampak bagian solid, septa maupun klasifikasi dilower pole, Buli: Normal, Bowel: Normal Gaster: Normal, Tak tampak lesi solid di intra abdominal, dan tak tampak intensitas echo cairan bebas ekstraluminal di cavum abdomen. Evaluasi pasien terpasang infus ditangan kiri , masih mengeluh pusing, lemas, dan kurang tidur.

3. Riwayat keperawatan

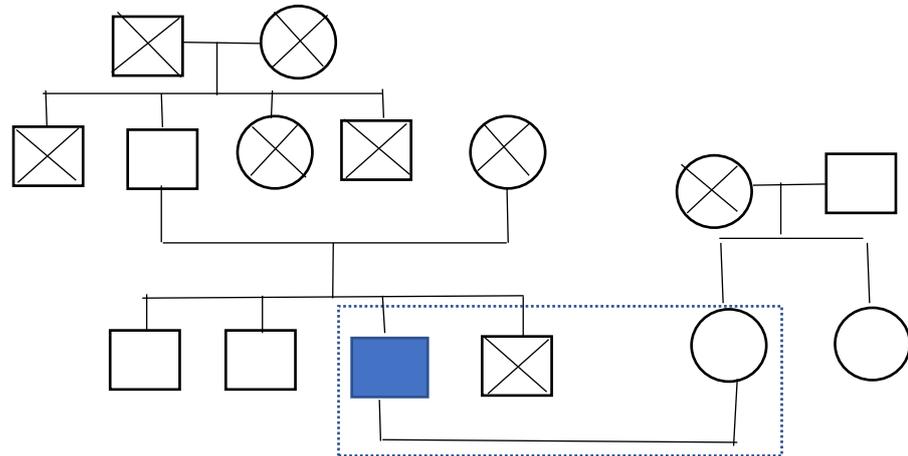
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan awal terjadinya sakit yaitu di daerah rumah terjadi banjir selama 3 hari lalu pasien mengalami kelelahan dan melena, untuk makanan yang dikonsumsi tidak teratur, sehari sebelum masuk rumah sakit mengalami muntah dan pusing.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat hepatitis alkoholik karena 10 tahun lalu memiliki riwayat mengkonsumsi alkohol.

c. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan :

-  : laki-laki sudah meninggal
-  : perempuan sudah meninggal
-  : Tn. E 66 tahun.
-  : laki -laki
-  : perempuan
-  : tinggal serumah

Struktur keluarga Tn. E

Ayah Tn. E masih ada sedangkan ibunya sudah meninggal, pasien anak ke 3 dari 4 bersaudara, pasien menikahi istrinya dan mempunyai 3 orang anak 2 laki-laki dan 1 perempuan. Tn. E tinggal bersama istri dan ke 3 anak nya. Keluarga pasien tidak mempunyai riwayat penyakit.

a. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga yang menjadi faktor risiko : pada keluarga tidak ditemukan penyakit yang sama dengan penyakit yang di derita pasien

b. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Orang terdekat dengan pasien adalah istri dan anak. Pola komunikasi dalam keluarga baik dan terbuka. Keputusan biasanya diambil oleh pasien sendiri dan keluarga. Dampak penyakit terhadap keluarga yaitu keluarga khawatir dan cemas ketika penyakit pasien tidak kunjung sembuh. Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasanya. Pasien memiliki mekanisme koping terhadap stress yaitu dengan cara mengalihkan dengan bermain telpon genggam dan istirahat tidur. Persepsi pasien terhadap penyakitnya yaitu ingin cepat sembuh, harapan pasien setelah menjalani perawatan yaitu bisa pulang kerumah dan sembuh, perubahan yang dirasakan ketika jatuh sakit yaitu pasien merasakan lemas dan pusing sehingga mengganggu untuk aktivitas. Tidak ada nilai-nilai kesehatan yang bertentangan dengan kepercayaan pasien dan aktivitas agama yang dilakukan adalah sholat 5 waktu dan berdoa. Tidak ada kondisi lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan.

4. Pola kebiasaan

a. Pola nutrisi

Sebelum sakit frekuensi makan pasien 3 kali/hari, nafsu makan baik, menghabiskan satu porsi makan, makanan yang disukai yaitu bubur ayam, tidak ada makanan pantangan, tidak ada makanan

diet, dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan. Dirumah sakit frekuensi makan pasien 3 kali/hari, nafsu makan baik, pasien selalu menghabiskan 1 porsi makan. Pasien tidak menggunakan alat bantu makan.

b. Pola eliminasi

Sebelum sakit BAK dirumah 5x/hari, warna kekuningan dan tidak ada keluhan dan pasien tidak menggunakan alat bantu eliminasi.

Setelah dirumah sakit BAK 6 sampai 7 kali/hari warna kekuningan dan ada keluhan dan pasien tidak menggunakan alat bantu eliminasi.

Pola BAB pasien sebelum di rumah sakit 2x/hari, konsistensi padat, warna kecoklatan, waktunya tidak tentu, keluhan BAB berwarna hitam dan tidak menggunakan laxatif. Saat di rumah sakit pasien BAB dibantu kamar mandi dengan frekuensi 2 sampai 3 x/hari, warna kekuningan, dan tidak ada keluhan.

c. Pola *personal hygiene*

Sebelum sakit pasien mandi 2x/hari pada pagi dan sore hari. Pasien oral hygiene 2x/hari pada pagi dan sore hari ketika mandi. Mencuci rambut 3 sampai 4 kali dalam satu minggu. Saat dirumah sakit pasien belum mandi, pasien melakukan oral hygiene 2x/hari pada pagi dan sore hari. Pasien belum mencuci rambut.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit pasien tidur siang selama 2 jam, pasien tidur malam selama 8 jam, kebiasaan pasien sebelum tidur

yaitu bermain telepon genggam. Saat di rumah sakit pasien tidak tidur siang, pasien tidur malam selama 5 jam tapi pasien masih terbangun-bangun karena merasa pusing.

e. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit pasien tidak bekerja, pasien pusing saat ingin melakukan aktivitas. Saat dirumah sakit pasien hanya bisa berbaring dan duduk dan melakukan kegiatannya dibantu keluarga.

f. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien memiliki kebiasaan merokok, tetapi sudah berhenti sejak 1 bulan terakhir.

5. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Berat badan sebelum sakit 60kg sesudah sakit 58 kg. Tinggi badan 165cm. Tekanan darah 161/63 mmHg, Frekuensi Nadi : 95x/menit, frekuensi nafas : 22x/menit, suhu : 36,5°C, keadaan umum tampak sakit sedang, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Sisi mata pasien simetri, kelopak mata tidak jatuh (menutup), pergerakan bola mata dapat bergerak kesegala arah, konjungtiva merah muda, kornea tidak keruh, sklera anikterik, pupil anisokor, mata sebelah kiri juling (strabismus), fungsi penglihatan mata baik, tidak terdapat tanda-tanda radang, pasien tidak memakai kacamata, tidak memakai lensa kontak, dan reaksi terhadap cahaya positif.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah baik, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh ditelinga, tidak terdapat tinitus, fungsi pendengaran baik, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Pasien dapat berbicara dengan jelas, tidak pelo dan tidak cadel.

e. Sistem pernapasan

Jalan napas pasien bersih, pernapasan tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, frekuensi napas 22x/menit, irama napas teratur, jenis pernapasan spontan, kedalaman napas dalam, suara napas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernapas, tidak menggunakan alat bantu napas.

f. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

Nadi 95x/menit irama teratur dan denyut kuat, Tekanan darah 161/63 MmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis, temperatur kulit hangat, warna kulit merah muda atau tidak pucat, pengisian kapiler < 2 detik, tidak terdapat edema ditangan dan kaki.

2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut jantung 95x/menit dengan irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan tidak terdapat nyeri dada.

g. Sistem Hematologi

Pasien tampak pucat, lemas lesu, dan hemoglobin 8,9 g/dl

h. Sistem saraf pusat

Pasien mengeluh pusing dengan tingkat kesadaran composmentis, *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15 (E : 4 M : 6 V : 5), tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan kranial (TIK), pasien tidak mengalami gangguan sistem persarafan, pola pemeriksaan reflek fisiologis normal dan tidak ditemukan adanya reflek patologis.

i. Sistem Pencernaan

Pasien BAB normal warna hitam, konsistensi padat, tidak terdapat nyeri daerah perut, bising usus 15x/menit, tidak ada diare, tidak ada konstipasi, hepar tidak teraba dan abdomen lembek.

j. Sistem endokrin

Pasien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, dan tidak ada luka ganggren.

k. Sistem urogenital

Balance cairan dalam 24 jam , intake 1800 cc, output 1800 cc, warna BAK kekuningan, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem integumen

Turgor kulit baik, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit didaerah pemasangan infus baik, tekstur dan kebersihan rambut baik.

m. Sistem muskuloskeletal

Pergerakan pasien tidak ada kesulitan, keadaan tonus otot baik dan kekuatan otot pada ekstremitas atas baik bagian kanan 4444 dan kiri

4444. Ekstremitas bawah sebelah kanan baik 3333 dan kiri baik 3333.

6. Data Tambahan

Pasien mengatakan menderita melena dan anemia tetapi pasien belum mengetahui cara mengatasi ketika penyakitnya kambuh..

7. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 13-3-2023:

Hemoglobin 8,9 g/dl (13,5-18,0), Hematokrit 26,4 % (42,0-52,0), Trombosit 241×10^3 /L (163-337), Jumlah Leukosit $8,26 \times 10^3$ /L (4.00-10.50).

8. Penatalaksanaan

Terapi oral : sucralfate sirup 3x1 ml 30 menit sebelum makan. Terapi injeksi : omeprazole 5 ampul/24 jam (infus pump), Vitamin K 3x1 ampul, Aminofluid 500cc/12 jam, PRC 224 ml pada tanggal 13/03/2023.

9. Data fokus

a. Data subyektif

Pasien mengatakan : merasa pusing, lemas dan pasien juga mengatakan terkadang kaki keram di sebelah kiri, pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas berlebih, keluarga mengatakan : pasien dibantu saat beraktivitas, pasien mengatakan saat kamar mandi merasa lelah, pasien mengatakan saat malam hari kurang tidur karena pusing, keluarga mengatakan pasien sering terbangun di malam hari, pasien mengatakan saat siang tidur hanya sebentar, keluarga mengatakan pasien pernah tiba-tiba pingsan saat setelah

beraktivitas, keluarga juga mengatakan pasien sangat rentan jatuh ketika merasa pusing.

b. Data Obyektif

“tanda-tanda vital tekanan darah : 161/63 mmHg, frekuensi nadi : 95x/menit, frekuensi napas : 22x/menit, suhu : 36,5°C, SPO2 : 98%”, pasien tampak pucat, pasien mengatakan merasa pusing, pasien tampak lemah dan lesu, pasien tampak melakukan aktivitas dibantu keluarga, Hasil Laboratorium Hemoglobin 8.9 g/dl (13.5-18.0), Hematokrit 26.4% (42.0-52.0).

10. Analisa Data

No.	Data	Masalah	
1.	DS : a. Pasien mengatakan pusing, lemas dan terkadang kaki terasa keram b. Keluarga mengatakan klien dibantu saat beraktivitas c. Pasien mengatakan merasa lelah ketika berjalan ke kamar mandi d. Pasien mengatakan melena 2x sebelum masuk rumah	Perfusi perifer tidak efektif	

	<p>sakit dan 2x setelah masuk rumah sakit</p> <p>DO :</p> <p>a. Hemoglobin pasien: 8.9 g/dl, Hematokrit pasien: 26.4%</p> <p>b. Pasien tampak pucat</p> <p>c. Pasien tampak melakukan aktivitas dibantu oleh keluarga</p> <p>d. Pasien tampak lemah dan lesu</p> <p>e. Ttv :</p> <p>TD: 161/63 mmHg, frekuensi nadi : 95x/menit, frekuensi napas : 22x/menit, suhu : 36,5°C, SPO2 : 98%”,</p>		
2.	<p>DS :</p> <p>a. Pasien mengatakan pusing</p> <p>b. Pasien mengatakan sangat lemas</p> <p>c. Pasien mengatakan keram di kaki kiri</p>	<p>Intoleransi</p> <p>Aktivitas</p>	

	<p>d. Keluarga mengatakan pasien dibantu saat melakukan aktivitas</p> <p>e. Pasien mengatakan lelah saat berjalan ke kamar mandi</p> <p>DO :</p> <p>a. TD: 161/63</p> <p>b. Hemoglobin pasien 8,9 g/dl</p> <p>c. Hematokrit pasien 26,4</p> <p>d. Pasien tampak pucat, lemah dan lesu</p> <p>e. Pasien tampak melakukan aktivitas dibantu oleh keluarga</p>		
3.	<p>DS :</p> <p>a. Pasien mengatakan pusing</p> <p>b. Pasien mengatakan lemas pasien mengeluh sulit tidur saat malam hari</p> <p>c. Pasien mengatakan sering terbangun saat malam hari</p>	Gangguan pola tidur	

	<p>d. Keluarga mengatakan pasien sulit tidur saat siang dan malam hari</p> <p>DO:</p> <p>a. Pasien terlihat pucat</p> <p>b. Pasien tampak lemah dan lesu</p> <p>c. Pasien tidur siang selama 2 jam dan malam tidak tentu karena sering terbangun</p>		
4	<p>DS :</p> <p>a. Pasien mengatakan pusing</p> <p>b. Pasien mengatakan lemas</p> <p>c. Pasien mengatakan suka keram di kaki kiri</p> <p>d. Pasien tidak mampu melakukan aktivitas berlebih</p> <p>e. keluarga mengatakan pasien pernah tiba-tiba pingsan saat setelah beraktivitas</p>	Risiko jatuh	

	<p>f. keluarga mengatakan pasien sangat rentan jatuh ketika merasa pusing</p> <p>DO :</p> <p>a. TD: 161/63 mmHg</p> <p>b. Pasien tampak pucat</p> <p>c. Pasien tampak beraktivitas dibantu oleh keluarga</p> <p>d. Pasien tampak lemah dan lesu</p>		
--	---	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan anemia.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
4. Risiko jatuh faktor risiko anemia.

C. Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. **Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan anemia** ditandai dengan pasien mengatakan pusing, lemas, pasien mengatakan terkadang kaki keram sebelah kiri, Keluarga mengatakan klien dibantu saat beraktivitas, Pasien mengatakan merasa lelah ketika berjalan ke kamar mandi, Hemoglobin: 8,9 g/dl, Hematokrit: 26,4, Pasien tampak pucat, Pasien tampak melakukan aktivitas dibantu oleh keluarga, Pasien tampak lemah dan lesu.

Tujuan : tujuan tercapai

Kriteria hasil :

Rencana Tindakan :

- a. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi
- b. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas
- c. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera
- d. Lakukan perawatan kaki dan kuku
- e. Anjurkan berhenti merokok
- f. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
- g. Lakukan tindakan kolaborasi pemberian Omeprazole 5ampul/24 jam
- h. Berikan terapi PRC sesuai program (224ml/2 jam)
- i. Berikan terapi 3x15 ml sucralfate 30 menit sebelum makan sesuai program

Penatalaksanaan

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 06.00 memberikan sucralfate 15cc sebelum makan Pukul 08.00 Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, pasien mengatakan sudah berhenti merokok 1 bulan yang lalu. Pukul 08.30 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, kulit pasien pucat tidak ada nyeri ataupun bengkak di daerah ekstremitas saat dikaji. Pukul 09.00 melakukan pemasangan infus atau pengambilan darah, infus pasien terpasang di tangan sebelah kiri dan ada bekas pengambilan

darah di sebelah kanan. Pukul 10.00 Lakukan perawatan kaki dan kuku, kuku pasien sudah dipotong dibantu oleh keluarga. Pukul 11.00 Anjurkan untuk berolahraga rutin, pasien mengatakan akan berolahraga setelah sembuh/pulang dari rumah sakit. Pukul 12.00 memberikan terapi injeksi omeprazole 5 ampul melalui syring pump habis dalam 24 jam , pukul 13.04 melakukan pemberian terapi PRC 224ml habis dalam 2 jam, Pukul 14.00 memberikan sucralfate 15cc sebelum makan Pukul 14.00 memberikan cairan infus aminofluid 500cc/12jam dari pukul 14.00 sampai . Pukul 14.30 Ondancetrone 4 mg melalui IV, setelah diberikan pasien mengatakan perut tidak terlalu sakit. Pukul 22.00 memberikan sucralfate 15cc sebelum makan

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 06.00 berikan sucralfate 15cc sebelum makan. Pukul 09.15 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, kulit pasien pucat tidak ada nyeri ataupun bengkak di daerah ekstremitas atas dan bawah. Pukul 12.00 memberikan terapi injeksi omeprazole 5 ampul melalui syring pump habis dalam 24 jam, Pukul 14.00 memberikan sucralfate 15cc 30 menit sebelum makan untuk memperbaiki fungsi lambung. Pukul 14.15 memberikan cairan infus aminofluid 500cc/12jam. Pukul 14.20 Ondancetrone 4 mg melalui iv. Pukul 22.00 memberikan sucralfate 15cc sebelum makan

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 12.00 berikan infus aminofluid 500cc/12 jam. Pukul 12.15 Anjurkan tirah baring, sudah diberikan posisi semi fowler, pasien

merasa nyaman saat diberikan posisi semi fowler. Pukul 12.15 Anjurkan aktivitas secara bertahap dan Anjurkan juga untuk menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang lalu ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, sudah di anjurkan untuk istirahat tidur. Pukul 14.00 memberikan sucralfate 15cc sebelum makan Pukul 22.00 memberikan sucralfate 15cc sebelum makan

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 13.00

Subjektif : “sus saya terkadang masih merasa pusing”,”terkadang juga saya masih merasa lemas”,”tapi saya sudah bisa beraktivitas seperti biasa walaupun tidak bisa terlalu lama”.

Objektif : “hemoglobin pasien 9,8 g/dl”,”pasien tampak tidak pucat”,”pasien tampak masih lemah dan lesu”.

Analisa : Perfusi perifer tidak efektif tujuan belum tercapai

Perencanaan : intervensi Dilanjutkan.

2. **Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan** ditandai dengan pasien mengatakan pusing, Pasien mengatakan sangat lemas, Pasien mengatakan keram di kaki kiri, Pasien tidak mampu melakukan aktivitas berlebih, Keluarga mengatakan pasien dibantu saat melakukan aktivitas, Pasien mengatakan lelah saat berjalan ke kamar mandi, TD: 113/52, frekuensi nafas : 20x/menit frekuensi nadi : 85x/menit , suhu 36°c spo2 : 99%. Hasil laboratorium Hemoglobin pasien 8,9 g/dl, Hematokrit pasien

26,4% , Pasien tampak pucat, Pasien tampak melakukan aktivitas dibantu oleh keluarga, Pasien tampak lemah dan lesu.

Tujuan : tujuan tercapai

kriteria hasil :

- a. Saturasi oksigen meningkat
- b. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- c. Jarak berjalan meningkat
- d. Perasaan lemah menurun
- e. Warna kulit membaik
- f. Frekuensi napas membaik

Rencana tindakan

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b. Monitor kelelahan fisik
- c. Monitor pola dan jam tidur
- d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
Sediakan lingkungan nyaman rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, lingkungan)
- e. Lakukan rentan gerak pasif dan aktif
- f. Fasilitasi tempat duduk disamping tempat tidur
- g. Anjurkan tirah baring
- h. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- i. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- j. Kolaborasi pemberian Vitamin K 3x1 melalui injeksi

k. Kolaborasi pemberian aminofluid 500ccc/12 jam(infus)

Penatalaksanaan

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.00 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan yaitu kepala pusing. Pukul 08.30 Memonitor pola dan jam tidur yaitu pasien masih kurang tidur siang dan malam hari. Pukul 09.00 Sediakan lingkungan nyaman, ruangan tenang. Pukul 09.15 TD: 120/56, frekuensi nafas : 19x/menit frekuensi nadi : 88x/menit , suhu 36°c spo2 : 99% Pukul 10.00. Fasilitasi tempat duduk di samping tempat tidur, sudah diberikan kursi di sisi kasur. Pukul 11.45. berikan vitamin K sudah diberikan melalui injeksi. Pukul 12.00. ganti cairan aminofluid 500cc/12 jam. Pukul 13.00. Anjurkan tirah baring yaitu dengan posisi semi fowler. Pukul 13.05. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak kunjung berkurang.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 06.00. pemberian obat omeprazole 5ampul/24 jam menggunakan syring pump. Pukul 07.56 Monitor pola dan jam tidur, pasien mengatakan semalam tidurnya kebangun jam 2 pagi. Pukul 08.00, memonitor yang menyebabkan kelelahan yaitu pasien mengatakan masih merasa pusing dan lemas. Pukul 10.11 tekanan darah: 119/61 mmHg, frekuensi nafas : 21x/menit frekuensi nadi : 79x/menit , suhu 36°c spo2 : 99%

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 06.00. pemberian omeprazole 5ampul / 24 jam. Pukul 08.00. Monitor yang menyebabkan kelelahan. Masih sedikit pusing. Pukul 08.15 memonitor pola dan jam tidur, pasien mengatakan semalam tidur nyenyak.pukul 14.15 Lakukan rentan gerak pasif dan aktif, pasien melakukan gerakan senam kecil diatas kasu.

Evaluasi 15 Maret 2023 pukul 13.00

Subjektif : “ pasien mengatakan sudah tidak pusing”,”pasien juga mengatakan sudah bisa berjalan ke kamar mandi sendiri dan beraktivitas sendiri”

Obejktif : “hasil laboratorium tanggal 15 maret 2023 hemoglobin 9,8 g/dl”,”pasien masih tidak tampak pucat”,”aktivitas pasien sudah tidak dibantu keluarga”,”pasien tidak tampak lemas”.

Analisa : Intoleransi aktivitas tercapai sebagian

Perencanaan : intervensi dilanjutkan.

3. **Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur** ditandai dengan pasien mengatakan pusing, Pasien mengatakan lemas pasien mengeluh sulit tidur saat malam hari, Pasien mengatakan sering terbangun saat malam hari, Keluarga mengatakan pasien sulit tidur saat siang dan malam hari, Pasien terlihat pucat, Pasien tampak lemah dan lesu.

Tujuan : status pola tidur membaik

kriteria hasil :

- a. Keluhan sulit tidur menurun

- b. Keluhan pola tidur berubah menurun
- c. Keluhan istirahat tidak cukup menurun
- d. Kemampuan beraktivitas meningkat

Rencana Tindakan

- a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- d. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
- e. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- f. Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- g. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- h. Tetapkan jadwal tidur rutin
- i. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
- j. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga
- k. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- l. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- m. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- n. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)

- o. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

Penatalaksanaan

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 07.15 Identifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan susah tidur. Pukul 08.00 Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), pasien mengatakan sakit kepala. Pukul 08.45 Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) pasien mengatakan tidak ada masalah makanan yang membuat susah tidur. Pukul 09.00 Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, tidak ada obat yang dikonsumsi sebelum tidur. Pukul 09.35 Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur, lingkungan kamar pasien tenang tidak berisik. Pukul 10.00 Batasi waktu tidur siang, jika perlu. Pasien mengatakan tidak tidur siang karna sakit kepala. Pukul 10.15 Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, keluarga mengatakan berjalan sekitar kamar untuk membuat dirinya tidur. Pukul 10.55 Tetapkan jadwal tidur rutin. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur). Pukul 11.20 Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga. Pukul 12.56 Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, sudah dijelaskan pasien memahami pentingnya tidur. Pukul 13.05 Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, pasien mengatakan berusaha tidurb sesuai jam namun tidak bisa. Pukul 14.00 Anjurkan menghindari makanan/minuman yang

mengganggu tidur, sebelum tidur pasien tidak makan atau minum hal yang membuat tidak bisa tidur. Pukul 17.00 Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja), pasien mengatakan tidak bisa tidur karna pusing. Pukul 18.50 Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya, sudah dilakukan senam kecil diatas kasur.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 07.15 Identifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan susah tidur Pukul 08.00 Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), pasien mengatakan sakit kepala. Pukul 08.45 Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) pasien mengatakan tidak ada masalah makanan yang membuat susah tidur. Pukul 09.00 Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, tidak ada obat yang dikonsumsi sebelum tidur. Pukul 09.35 Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur, lingkungan kamar pasien tenang tidak berisik. Pukul 10.00 Batasi waktu tidur siang, jika perlu. Pasien mengatakan tidak tidur siang karna sakit kepala. Pukul 10.15 Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, keluarga mengatakan berjalan sekitar kamar untuk membuat dirinya tidur. Pukul 10.55 Tetapkan jadwal tidur rutin. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur). Pukul 11.20 Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga. Pukul 12.56 Jelaskan

pentingnya tidur cukup selama sakit, sudah dijelaskan pasien memahami pentingnya tidur. Pukul 13.05 Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, pasien mengatakan berusaha tidurb sesuai jam namun tidak bisa. Pukul 14.00 Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, sebelum tidur pasien tidak makan atau minum hal yang membuat tidak bisa tidur. Pukul 17.00 Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja), pasien mengatakan tidak bisa tidur karna pusing.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 07.15 Identifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan susah tidur Pukul 08.00 Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), pasien mengatakan sakit kepala. Pukul 08.45 Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) pasien mengatakan tidak ada masalah makanan yang membuat susah tidur. Pukul 09.00 Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, tidak ada obat yang dikonsumsi sebelum tidur. Pukul 09.35 Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur, lingkungan kamar pasien tenang tidak berisik. Pukul 10.00 Batasi waktu tidur siang, jika perlu. Pasien mengatakan tidak tidur siang karna sakit kepala. Pukul 10.15 Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, keluarga mengatakan berjalan sekitar kamar untuk membuat dirinya tidur. Pukul 10.55 Tetapkan jadwal tidur rutin. Lakukan prosedur untuk

meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur). Pukul 11.20 Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga. Pukul 12.56 Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, sudah dijelaskan pasien memahami pentingnya tidur. Pukul 13.05 Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, pasien mengatakan berusaha tidurb sesuai jam namun tidak bisa. Pukul 14.00 Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, sebelum tidur pasien tidak makan atau minum hal yang membuat tidak bisa tidur. Pukul 17.00 Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja), pasien mengatakan tidak bisa tidur karna pusing.

Evaluasi tanggal 15 Maret 2023 pukul 12.00

Subjektif : “ pasien mengatakan pusingnya mulai menurun dan jam tidur sudah membaik dari semalam”, ”pasien mengatakan badan masih terasa lemas sedikit”, ”keluarga juga mengatakan pasien sudah nyenyak saat tidur.

Objektif : “pasien sudah tidak pucat”, ”pasien sudah terlihat tidak lemas”.

Analisa : Tujuan tercapai.

Pelaksanaan : intervensi dihentikan.

4. **Risiko jatuh faktor risiko anemia ditandai dengan** pasien mengatakan pusing lemas dan lesu, pasien mengatakan suka keram di kaki bagian kiri, keluarga mengatakan pasien pernah tiba-tiba pingsan

saat setelah beraktivitas dan keluarga juga mengatakan pasien rentan jatuh ketika merasa pusing. TD : 161/63 mmHg, pasien tampak pucat, tampak lemah dan tampak lesu, pasien tampak beraktivitas dibantu oleh keluarga.

Tujuan: resiko jatuh tidak terjadi

Kriteria hasil :

- a. Jatuh saat berdiri menurun
- b. Jatuh saat duduk menurun
- c. Jatuh saat berjalan menurun

Rencana Tindakan :

- a. Identifikasi faktor risiko jatuh (misal. Usia >65 tahun)
- b. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
- c. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)
- d. Pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci.
- e. Pasang handrail tempat tidur
- f. Atur tempat tidur ke posisi terendah
- g. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
- h. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- i. Anjurkan memakai alas kaki yang tidak licin

Penatalaksanaan:**Tanggal 13 Maret 2023**

Pukul 08.00 Identifikasi faktor risiko jatuh, usia pasien 66 tahun, pasien juga memiliki riwayat jatuh. Pukul 09.30 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift, pasien tidak ada jatuh. Pukul 09.45 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, setelah diidentifikasi tidak ditemukan adanya lantai yang licin maupun basah, penerangan ruangan cukup baik. Pukul 12.00 Pastikan roda tempat tidur selalu terkunci, keluarga dan pasien telah di anjurkan untuk selalu mengunci roda tempat tidur. Pukul 12.10 Pasang handrail tempat tidur, pasien selalu memasang handrail setelah dari kamar mandi. Pukul 13.30 Atur tempat tidur ke posisi terendah, pasien sudah diberikan posisi nyaman. Pukul 13.40 dekatkan bel di dekat pasien, telah dilakukan lalu dijelaskan kepada pasien dan keluarga tata cara penggunaan. Pukul 14.00 anjurkan keluarga dan pasien menghubungi perawat jika butuh bantuan untuk berpindah, Pasien mengerti dan akan memanggil perawat jika butuh bantuan. 14.05 Anjurkan pasien memakai alas kaki yang tidak licin, pasien sudah memiliki sandal karet untuk dipakai di rumah sakit.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 09.30 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift, keluarga mengatakan tidak ada jatuh. Pukul 09.45 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, setelah diidentifikasi tidak ditemukan adanya lantai yang licin maupun basah, penerangan ruangan

cukup baik. Pukul 12.00 Pastikan roda tempat tidur selalu terkunci, keluarga dan pasien telah di anjurkan untuk selalu mengunci roda tempat tidur. Pukul 12.10 Pasang handrail tempat tidur, pasien selalu memasang handrail setelah dari kamar mandi. Pukul 13.30 Atur tempat tidur ke posisi terendah, pasien sudah diberikan posisi nyaman. Pukul 13.40 dekatkan bel di dekat pasien, telah dilakukan lalu dijelaskan kepada pasien dan keluarga tata cara penggunaan. Pukul 14.00 anjurkan keluarga dan pasien menghubungi perawat jika butuh bantuan untuk berpindah, Pasien mengerti dan akan memanggil perawat jika butuh bantuan. 14.05 Anjurkan pasien memakai alas kai yang tidak licin, pasien sudah memiliki sandal karet untuk dipakai di rumah sakit.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 09.30 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift, setiap shift dilakukan oleh perawat ruangan. Pukul 09.45 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, setelah diidentifikasi tidak ditemukan adanya lantai yang licin maupun basah, penerangan ruangan cukup baik. Pukul 12.00 Pastikan roda tempat tidur selalu terkunci, keluarga dan pasien telah di anjurkan untuk selalu mengunci roda tempat tidur. Pukul 12.10 Pasang handrail tempat tidur, pasien selalu memasang handrail setelah dari kamar mandi. Pukul 13.30 Atur tempat tidur ke posisi terendah, pasien sudah diberikan posisi nyaman. Pukul 13.40 dekatkan bel di dekat pasien, telah dilakukan lalu dijelaskan kepada pasien dan keluarga tata cara penggunaan. Pukul 14.00 anjurkan keluarga dan pasien menghubungi perawat jika butuh

bantuan untuk berpindah, Pasien mengerti dan akan memanggil perawat jika butuh bantuan.

Evaluasi Tanggal 15 Maret 2023

Subjektif : Pasien mengatakan tidak merasa pusing dan perasaan lemah sudah menurun

Objektif : Pasien tampak lemas berkurang, pasien sudah tidak pucat, keluarga pasien mengatakan sudah ke kamar mandi secara mandiri, hemoglobin 9,8 g/dl

Analisa : Risiko jatuh faktor risiko tercapai

Pelaksanaan : Intervensi dihentikan

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan kasus, selain itu penulis juga akan membahas faktor pendukung dan penghambat yang penulis temukan pada saat memberikan asuhan keperawatan pada Tn. E dengan Anemia Ecause Melena di ruang penyakit dalam kamar 1407 lantai 14 gedung D Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara. Pembahasan ini akan disesuaikan dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan

A. Pengkajian Keperawatan

Data yang dikumpulkan melalui pengkajian yaitu data primer dan data sekunder. Data primer meliputi pengkajian fisik, observasi pasien, dan wawancara langsung dengan pasien maupun keluarga, sedangkan data sekunder didapatkan dari catatan rekam medis dan dari tim kesehatan medis lain. Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan data dan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menentukan diagnosa keperawatan. Dalam pengkajian penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus yaitu pada pengkajian hasil laboratorium ditemukan hasil hemoglobin 8,9 g/dl sedangkan pada teori nilai normal hemoglobin 13,5 – 16,5 g/dl dan ditemukan hasil hematokrit 26,4% sedangkan pada teori nilai normal hematokrit 42.0 – 52.0%,

Pada saat pengkajian anemia yang di derita Tn. E disebabkan oleh melena tetapi penyebab melena secara jelas belum diketahui karena pasien belum dilakukan pemeriksaan endoskopi (EGD).

Manifestasi klinik menurut teori (Brunner & Suddarth, 2017). Tanda dan gejala yang sering terjadi pada penderita anemia adalah dispnea, nyeri dada, nyeri otot atau kram; takikardia, kelemahan, keletihan; pucat pada kulit dan membran mukosa; lidah halus dan berwarna merah (anemia defisiensi besi); lidah luka seperti daging merah (anemia megaloblastik); kuku rapuh, melengkung atau berbentuk cekung (secara tidak lazim), Sedangkan pada kasus penulis menemukan adanya kesenjangan manifestasi yaitu pasien terjadi keram dibagian ekstremitas kiri bawah, kelemahan, keletihan, dan pucat pada kulit.

Komplikasi dari anemia ada tiga jenis yaitu kelelahan berat, masalah jantung dan bisa menyebabkan kematian (Jitowiyono, 2018). Setelah dilakukan pengkajian pada pasien ditemukan adanya komplikasi kelelahan berat yaitu pasien mengatakan pusing, lemas, dan kaki sebelah kiri terkadang terasa keram dan keluarga mengatakan pasien dibantu saat melakukan aktivitas sehari-hari.

Pada pemeriksaan penunjang penulis menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus menurut Doenges (2014) yaitu hitung darah lengkap (HDL), eritropoietin, zat besi serum, kapasitas ikatan zat besi total atau total iron-binding capacity (TIBC), Fenitin serum, pemeriksaan radiologis, endoscopy. Sedangkan menurut kasus hanya dilakukan satu pemeriksaan yaitu Hitung darah lengkap (HDL). Hal ini disebabkan adanya kendala biaya.

Pada penatalaksanaan medis penulis menemukan kesenjangan teori dengan kasus menurut Nurbadriyah, W. D (2019) pada pasien anemia diberikan terapi

kausal, terapi zat besi per oral dan terapi vitamin B12. Lalu menurut Mahardika & Zuraida (2016) penatalaksanaan medis pada pasien anemia diberikan tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan yaitu pemberian immunosupresif, pemberian zat besi dan asam folat. Sedangkan pada kasus pasien hanya diberikan transfusi darah 224ml habis dalam 2 jam, terapi sucralfate sirup 15ml 30 menit sebelum makan, omeprazole 5ampul/24 jam menggunakan syring pump, omeprazole 4mg melalui IV, aminofluid 500ml/12 jam (infus), dan Vitamin K 1ml melalui injeksi. Hal tersebut disebabkan karena adanya anemia pada Tn. E disebabkan melena yang berasal dari perdarahan pada lambung.

Faktor pendukung selama penulis melaksanakan tindakan keperawatan adalah pasien dan keluarga yang kooperatif dalam memberikan informasi yang dibutuhkan, karena terbina hubungan saling percaya dan perawat ruangan yang membantu dan memberikan informasi saat penulis menanyakan berbagai hal yang masih kurang dimengerti, sarana yang digunakan dalam melaksanakan pengkajian tersedia dengan lengkap sehingga mempermudah dalam melakukan asuhan keperawatan. Sedangkan faktor penghambat adalah lamanya menunggu hasil pemeriksaan USG.

B. Diagnosa

Pada diagnosa keperawatan penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kasus. Berdasarkan teori menurut PPNI (2017) terdapat 5 diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien anemia ecausa melena yaitu Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, Nyeri akut berhubungan dengan perubahan frekuensi

jantung, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang kurang atau anoreksia, Risiko infeksi faktor risiko penurunan hemoglobin. Sedangkan pada kasus pasien hanya ditemukan 4 diagnosa yaitu Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan anemia, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, Risiko jatuh faktor risiko anemia.

Diagnosa yang terdapat pada teori tetapi tidak ada dikasus nyeri akut, defisit nutrisi, dan Risiko infeksi. Diagnosa yang terdapat pada kasus namun tidak ada di teori adalah risiko jatuh dan gangguan pola tidur.

Diagnosa pertama yang terdapat pada teori tetapi tidak ada dikasus yaitu nyeri akut berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung karena pada pasien tidak ditemukan keluhan nyeri dan untuk hasil EKG tidak ditemukan kelainan pada jantung.

Diagnosa kedua yang terdapat pada teori tetapi tidak ada dikasus yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang kurang atau anoreksia karena dari hasil pengkajian yang diperoleh tidak ditemukan adanya penurunan berat badan kurang dari 10%.

Diagnosa ketiga yang terdapat pada teori tetapi tidak ada dikasus yaitu risiko infeksi faktor risiko penurunan hemoglobin karena dari hasil pengkajian yang diperoleh tidak ditemukan adanya infeksi, dan belum ada tindakan medis yang menunjukkan bahwa pasien ada infeksi.

Diagnosa pertama yang ada dikasus tapi tidak ada diteori yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur penulis mengangkat

diagnosa tersebut karena pasien mengeluh sulit tidur saat malam dan sering terbangun dikarenakan merasa pusing.

Diagnosa kedua yang ada dikasus tapi tidak ada diteori yaitu risiko jatuh berhubungan dengan anemia penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan lemas, pusing, kaki terasa keram di ekstremitas kiri bawah, dan keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat jatuh ketika sedang pusing.

Pada tahap penemuan diagnosa faktor pendukungnya yaitu karena adanya literature, buku yang sumbernya cukup memadai serta adanya kemajuan teknologi, dan diagnosa yang diangkat sesuai dengan keadaan pasien dan sumber jurnal atau buku yang lengkap. Faktor penghambatnya perlu lebih banyak sumber lagi untuk menganalisa dan menentukan diagnosa keperawatan yang tepat sesuai prioritas masalah.

C. Perencanaan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah pada kasus, dan disesuaikan dengan kebutuhan dasar manusia yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Pada tahap perencanaan keperawatan penulis membuat perencanaan keperawatan mulai dari tujuan, kriteria hasil, hingga intervensi. Tujuan keperawatan disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam dan kriteria hasil disusun secara spesifik, dapat diukur dapat dicapai, rasional dan mempunyai batas waktu yang diinginkan.

Perencanaan yang terdapat pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan anemia sesuai dengan beberapa perencanaan diteori yaitu periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu dan ankle-brachial index), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi

(mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas.

Perencanaan yang terdapat pada diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan frekuensi jantung sesuai dengan beberapa perencanaan diteori yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Secara umum dalam menyusun rencana tindakan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan yang serius, namun dalam penentuan waktu penulis mengalami kesulitan karena dalam literatur tidak ada kriteria waktu, sehingga dalam menentukan waktu penulis sesuaikan dengan waktu penulis melaksanakan asuhan keperawatan yaitu selama 3x24 jam, kecuali untuk diagnosa kurangnya pengetahuan kriteria waktu ditentukan selama 30 menit saja. Faktor pendukung yang ditemukan oleh penulis yaitu tersedianya sumber-sumber yang memadai untuk dijadikan acuan penyusunan perencanaan asuhan keperawatan pada pasien.

D. Pelaksanaan

Pada saat melakukan asuhan keperawatan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan dan semua pelaksanaan keperawatan didokumentasikan dalam catatan keperawatan, penulis melakukan tindakan keperawatan pada shift pagi mulai pukul 08.00 WIB sampai jam 14.00 WIB dan selanjutnya dilanjutkan oleh perawat ruangan yang bertugas shift berikutnya bertanggung jawab.

Faktor pendukung pelaksanaan tindakan keperawatan yang penulis temukan adalah adanya kerjasama yang baik, antara penulis dengan perawat ruangan yang sudah memberikan kepercayaan kepada penulis untuk melakukan tindakan pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Selain itu, pasien dan keluarga kooperatif adanya kerja sama yang baik.

E. Evaluasi

Pada tahap evaluasi penulis melakukan evaluasi sesuai dengan teori menurut PPNI (2017) yaitu pada tahap evaluasi merupakan bentuk dari proses keperawatan karena kesimpulan dibuat dari evaluasi untuk menentukan perencanaan diakhir, dilanjutkan, atau diubah. Pada tahap ini evaluasi yang didapat dari 4 diagnosa keperawatan, terdapat 2 diagnosa tujuan tercapai yaitu gangguan pola tidur dan risiko jatuh, 2 diagnosa tercapai sebagian yaitu perfusi perifer tidak efektif dan intoleransi aktivitas

Pada diagnosa tujuan tercapai pertama yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur yang dibuktikan dengan pasien mengatakan pola tidur sudah membaik, tidur siang selama 4 sampai 5 jam dan saat malam hari tidur selama kurang lebih 8 sampai 9 jam.

Pada diagnosa tujuan tercapai kedua yaitu Risiko jatuh faktor risiko anemia dibuktikan dengan pasien mengatakan pasien mengatakan sudah tidak pusing, pasien mampu ke kamar mandi secara mandiri.

Pada diagnosa tujuan tercapai sebagian yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien mengatakan pusing sudah menurun, pasien juga sudah mampu ke kamar mandi secara mandiri

tidak dibantu oleh keluarga, hasil laboratorium tanggal 15 maret 2023 hemoglobin 9,8 g/dl, pasien tidak tampak pucat dan tidak lemas.

Pada diagnosa teratasi sebagian yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan anemia dibuktikan dengan pasien mengatakan pusing sudah berkurang, pasien juga masih tampak lemas dan hasil laboratorium tanggal 15 maret 2023 hemoglobin pasien masih dibawah normal yaitu 9,8 g/dl

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis menguraikan pada masing-masing BAB mengenai Asuhan Keperawatan pada Tn. E dengan *Anemia Ecausa Melena* di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1407 Lantai 14 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara mulai tanggal 13 sampai dengan 15 maret 2023. Maka penulis dapat menarik kesimpulan dan mengajukan beberapa saran yang mungkin bermanfaat untuk memberikan asuhan keperawatan yang akan datang khususnya pada *Anemia Ecausa Melena*.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan pada Tn. E, maka dapat disimpulkan bahwa penyebab anemia pada pasien adalah karena melena, tetapi penyebab melena secara jelas belum diketahui karena pasien belum dilakukan pemeriksaan endoskopi (EGD), pasien di diagnosis anemia karena adanya penurunan hemoglobin yaitu 8,9 g/dl sedangkan nilai rujukan dari hemoglobin yaitu 13,5 g/dl sampai 16,5 g/dl. Hal yang mungkin menyebabkan adalah adanya luka lambung karena pasien diberi obat ondansetron, omeprazole, dan Vitamin K. Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada Tn. E yaitu Hitung Darah lengkap (HDL), tidak efektif, intoleransi aktivitas dan 2 diantaranya tidak ada pada teori yaitu gangguan pola tidur, risiko jatuh. Semua rencana yang penulis susun sesuai dengan yang terdapat dalam lampiran, dalam penyusunan diagnosa tidak ditemukan hambatan karena pasien dan keluarga bersifat kooperatif. Evaluasi asuhan keperawatan dari 4 diagnosa yang diangkat ada 2 diagnosa yang sudah tercapai yaitu gangguan pola tidur dan

risiko jatuh. Kemudian ada 2 diagnosa yang teratasi sebagian yaitu perfusi perifer tidak efektif dan intoleransi aktivitas.

B. Saran

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien *anemia ecausa melena*, maka penulis ingin memberikan saran sebagai berikut :

1. Ruangan

Perawat ruangan dapat melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai prosedur, penulis berharap perawat ruangan selalu mengedukasi pasien dan keluarga tentang penyakit yang sedang dialami, karena banyak dari pasien dan keluarga belum paham tentang penyakitnya.

2. Institusi pendidikan

Penulis berharap khususnya perpustakaan untuk lebih lama buka dari hari senin sampai hari sabtu, karena penulis dan mahasiswa kesulitan mencari sumber-sumber ketika perpustakaan tutup.

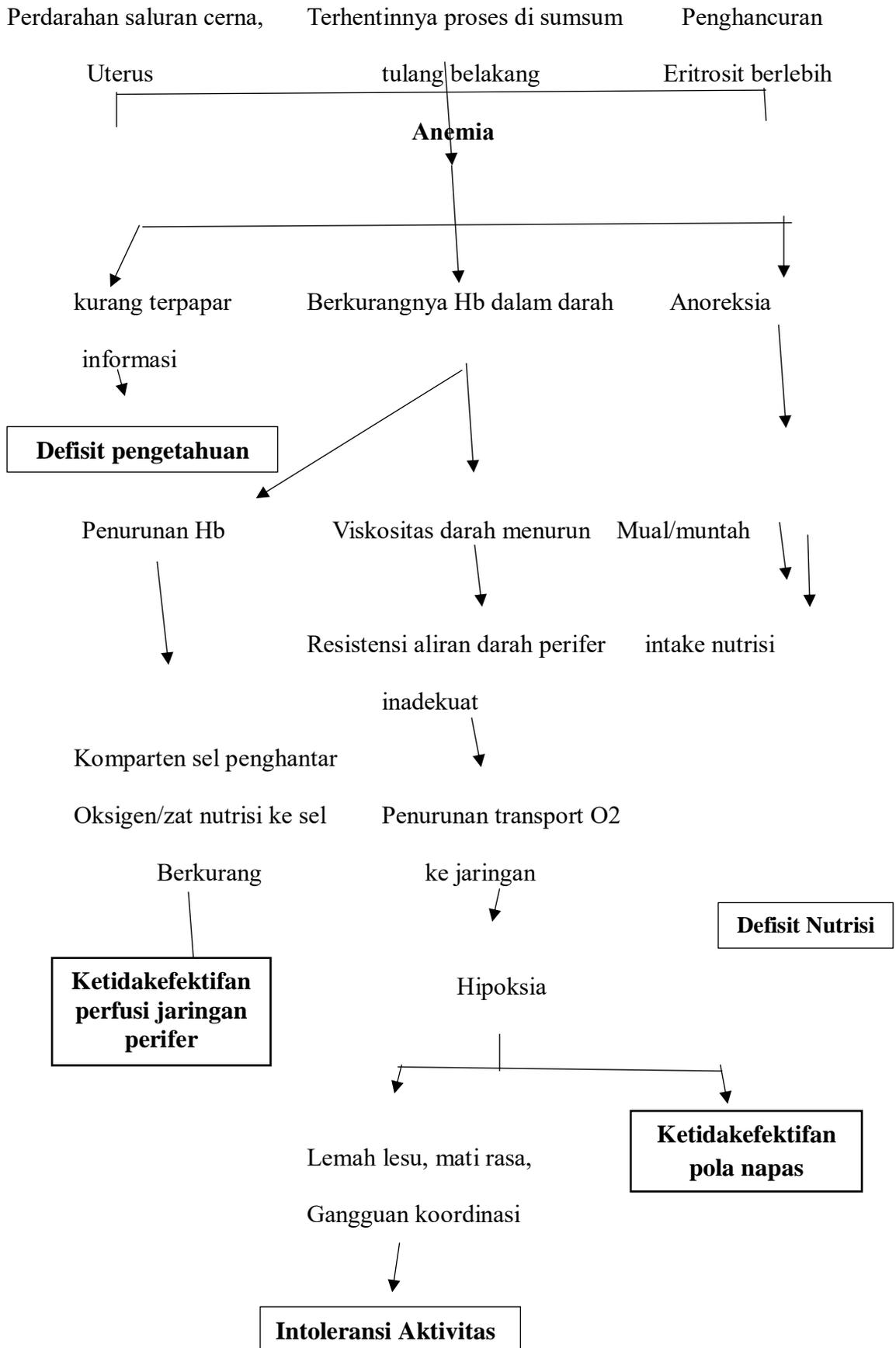
3. Penulis

Penulis lebih meningkatkan wawasan dan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien *anemia ecausa melena* sehingga dapat memberikan edukasi maupun asuhan keperawatan demi meningkatkan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Almi DU. (2013). *Hematemesis Melena Et Causa Gastritis Erosif Dengan Riwayat Penggunaan Obat Nsaid Pada Pasien Laki-Laki Lanjut Usia*. in *Medula* (Vol. 1, Issue September).
- Bararah, T & jauhar, M (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta : Prestasi Pustaka.
- Braunstein, E. M. (2015). *Overview of Anemia*. Merck Consumer Manual.
- Cheung, J. (n.d.). *Melena what is it, causes, symptoms, bleeding, treatment, and more*.
- Brunner, & Suddarth. (2014). *Keperawatan Medikal-Bedah*. Buku Kedokteran EGC.
- Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Desmawati. (2013). *Sistem Hematologi & Imunologi*. Penerbit In Media.
- Doenges, M. E. (2018). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*.
- Hadinata, D., Jahid Abdillah, A., & Wahyuni, S. (2022). *Metodologi Keperawatan*. WIDINA BHAKTI PERSADA BANDUNG (Grup CV. Widina Media Utama). www.penerbitwidina.com
- Iwama, I., Yoshida, M., Hara, T., & Nambu, R. (2021). Causes of Melena and Effective Examination Strategies in Children. *Frontiers in Pediatrics*, 9(December), 1–6. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.780356>
- Jitowiyono, S. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Hematologi*. Pustaka Baru Press
- Krakovsky, M. (2013). *Just the facts - Anemia*. *Communications of the ACM*. 1. <https://doi.org/10.1145/2398356.2398365>
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. In *EGC*. Jakarta.
- M.Black, J., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen klinis untuk Hasil yang Diharapkan* (A. Suslia, F. Ganiajri, P. P. Lestari, & R. W. A. Sari (eds.); Edisi 8, Buku I). Salemba Medika.
- Mahardika, N. P., & Zuraida, R. (2016). Vitamin C pada Pisang Ambon (*Musa paradisiaca* S.) dan Anemia Defisiensi besi. *Jurnal Majority, Volume 5*, Hal 124-127.
- Nurbadriyah, W. D. (2019). *Anemia Defisiensi Besi*. Deepublish.
- Rahayu, L., & Maesaroh. (2014). Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Gangguan Sistem Hematologi Akibat Anemia diruang Cendana 2 RSUD Kardinah Kota Tegal. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 6(1), 15–32.
- Saputra, R. (2019). Hubungan pengetahuan, IMT, zat besi, zink dan protein dengan kejadian anemia pada remaja putri. *Universitas Muhammadiyah Semarang*, 53(9), 1689–1699.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Wiranata, M. (2021). *Melena ec Gastropathy NSAID*. <https://jurnal.fk.untad.ac.id/index.php/medpro/article/view/359>.

PATHWAY



LAPORAN PENDAHULUAN OBAT

1. Omeprazol

Obat ini diberikan pada pasien dengan masalah tukak lambung dan tukak duodenum, tukak lambung dan duodenum yang terkait dengan AINS, lesi lambung dan duodenum, regimen eradikasi H. pylori pada tukak peptik, refluks esofagitis, Sindrom Zollinger Ellison. Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien yang mempunyai reaksi alergi terhadap obat. Efek samping : nyeri perut dan sakit kepala, Rendahnya kadar kalium dalam darah, yang menimbulkan gejala berupa kram otot, detak jantung yang tidak normal (lambat, cepat, atau tidak beraturan), dan kejang. Bertambah parahnya gejala pada penderita lupus, Gangguan pencernaan, seperti diare. Yang berkelanjutan serta adanya darah atau lendir pada tinja. Kekurangan vitamin B12, yang menyebabkan keluhan lemas, sariawan, mati rasa, dan kesemutan pada tangan atau kaki dan reaksi alergi obat, seperti munculnya ruam, pusing, hingga sesak napas.

2. Ondansetron

Obat yang digunakan untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi. Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan hipersensitivitas. Ondansetron dapat menimbulkan efek samping seperti sembelit, lelah dan lemah, meriang, mengantuk dan pusing. Dosis yang

diberikan pada dewasa untuk Pencegahan mual muntah pasca operasi, diberikan 8 mg per oral 1 jam sebelum anestesi, dilanjutkan dengan 2 dosis oral 8 mg tiap 8 jam. Mual dan muntah yang diinduksi terapi radiasi: 8 mg per oral 3 kali per hari.

3. Sucralfate Syrup Sucralfate (sukralfat)

Obat ini digunakan untuk mengobati tukak lambung, luka epitel, mukositis akibat kemoterapi, proktitis radiasi, penyakit Behcet, hingga luka bakar. Namun, FDA dan BPOM hanya menyetujui penggunaannya secara umum untuk mengatasi tukak lambung, gastritis kronis, dan perdarahan saluran cerna. Sucralfate bekerja dengan cara membentuk lapisan pelindung pada tukak untuk mencegah dari infeksi dan kerusakan lebih lanjut. Lapisan pelindung ini akan membantu mempercepat proses penyembuhan tukak (peradangan). Dosis untuk tukak lambung, dewasa 1 gr sebanyak 3 kali sehari selama 4 – 8 minggu. Obat ini diminum 30 menit sebelum makan. Dosis untuk perdarahan saluran cerna dewasa 1 gram sebanyak 6 kali dalam sehari. Dosis maksimal adalah 8 gram per hari.

4. Vitamin K

Obat ini salah satunya digunakan untuk pembekuan darah dengan cara membantu proses pengubahan protrombin menjadi trombin, yaitu salah satu protein yang berperan penting dalam proses pembekuan darah, tanpa adanya asupan vitamin K yang cukup, proses pembekuan darah menjadi terhambat. Dosis untuk kasus yang berat yaitu 5 – 10 mg sedangkan dosis maksimal 40 mg dalam 24 jam. Untuk pasien kasus sedang atau ringan diberi dosis 0,5 mg – 1 mg, pemberian vitamin K melalui injeksi. Efek samping

dari obat ini adalah pusing berat seperti terasa akan pingsan, bibir membiru, jantung berdetak capet atau tidak beraturan, dan sesak napas

5. Aminofluid

Obat ini digunakan untuk meningkatkan nutrisi, seperti elektrolit, protein, asam amino dan juga glukosa sebelum atau setelah operasi. Dosis obat ini untuk lansia dan pasien kritis adalah 500 ml dimasukkan melalui pembuluh darah dengan kecepatan tetes 500 ml per 120 menit, maksimal pemberian 2500 ml per hari. Efek samping dari obat ini yaitu alergi kulit atau iritasi kulit, dada terasa tertekan, peningkatan detak jantung, demam, menggigil, sakit kepala dan gejala lainnya. Kontraindikasi obat ini adalah gangguan fungsi ginjal kronis, gagal jantung kronis, dan pengurangan jumlah urin

1 dari 1

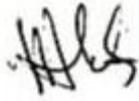
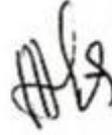
Lembar Konsultasi

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

Nama Mahasiswa : Roven Ariska Saputra (2011071)

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. E dengan *Anemia Ecausa**Melena* di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1407 Lantai 14

RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	Senin, 20 maret 2023	Bab I - Penulisan pravalensi diurutkan dari yang terbesar	
2.	27 April 2023	BAB I - Perhatikan urutan paragraf	
3.	25 Mei 2023	BAB I - Angka kematian pindahkan setelah angka kejadian	
4.	1 Juni 2023	Bab I - ACC BAB 1	
5.	1 Juni 2023	Bab II - Perbaiki terapi dan tindakan medis - Beri rasional - Tulis yang sesuai dengan anemia	
6.	7 Juni 2023	Bab II - Perbaiki pelaksanaan dan evaluasi	

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
7.	9 Juni 2023	Bab II <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki rasional - Perbaiki pelaksanaan dan evaluasi 	
8.	25 Mei 2023	BAB II <ul style="list-style-type: none"> - Angka kematian pindahkan setelah angka kejadian 	
9.	28 April 2023	Bab III <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki resume dan pengkajian - Perbaiki penatalaksanaan dan 	
10.	8 Mei 2023	Bab III <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penatalaksanaa - Perbaiki diagnosa 	
11.	1 Juni 2023	Bab III <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penatalaksanaan dan evaluasi 	
12.	4 Juni 2023	Bab III <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan penatalaksanaan diagnosa risiko jatuh 	
13.	7 Juni 2023	Bab IV <ul style="list-style-type: none"> - Penambahan kalimat di pengkajian 	
14.	7 Juni 2023	Bab IV <ul style="list-style-type: none"> - ACC Bab IV 	
15.	7 Juni 2023	Bab V <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki kesimpulan - Perbaiki saran untuk institusi 	