

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Ruang : Penyakit Dalam
No. RM : 147236
Pukul : 13.30 WIB
Tgl Pengkajian : 22 Februari 2022

1. Data Dasar

a. Identitas Pasien

- 1) Nama (Inisial Klien) : Tn. B
- 2) Usia : 51 tahun
- 3) Status Perkawinan : Menikah
- 4) Pekerjaan : Wiraswata
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : SMA
- 7) Suku : Semendo
- 8) Bahasa Yang Digunakan : Bahasa Indonesia
- 9) Alamat Rumah : Muka alam, lampung barat
- 10) Sumber Biaya : BPJS
- 11) Tanggal Masuk RS : 22 Februari 2021
- 12) Diagnosa Medis : Anemia

b. Sumber Informasi

- 1) Nama : Eko saputra
- 2) Umur : 27 tahun
- 3) Hubungan Dengan Klien : Keponakan
- 4) Pendidikan : S1
- 5) Pekerjaan : Perawat puskesmas
- 6) Alamat : Sumber jaya, lampung barat

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Ryacudu pada tanggal 22 Februari 2022 diantar oleh keluarganya dengan keluhan utama badan lemas, disertai mual, muntah, tampak pucat, belum bab 3 hari.

b. Riwayat saat pengkajian/riwayat penyakit sekarang

Tn. B berusia 51 tahun datang kerumah sakit pada tanggal 22 Februari 2022. Klien mengeluh badan lemas, tampak pucat dan nafsu makan menurun.

1) Keluhan utama :

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan sudah 3 hari merasa badannya lemah dan lemas, klien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya karena lemas pada tubuhnya.

2) Keluhan penyerta :

Klien mengatakan badan lemah, pusing, mual, nafsu makan menurun dan belum bab sejak 3 hari.

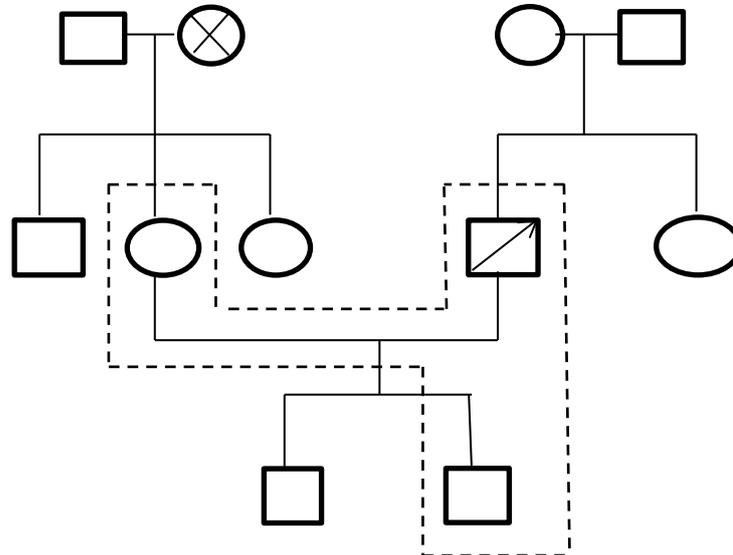
c. Riwayat kesehatan lalu

Klien tidak memiliki riwayat alergi, tidak pernah kecelakaan, tidak pernah dirawat dirumah sakit, tidak memiliki riwayat penyakit kronis, tidak ada riwayat operasi dan memiliki riwayat mengkonsumsi sangobion ketika keluhan muncul.

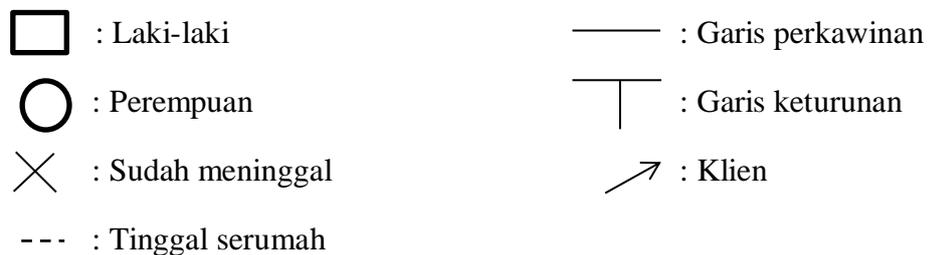
d. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit anemia, hanya klien yang memiliki penyakit anemia

Bagan 3.1
Genogram pasien Tn. B



Keterangan:



e. Riwayat psikososial-spiritual

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan terkadang cemas dengan penyakitnya, ketika cemas klien menghadapinya dengan berkonsultasi kepada keluarganya, keluarga klien mendukung penuh klien, tidak ada pengobatan yang bertentangan dengan nilai kepercayaan klien.

f. Lingkungan

1) Rumah

Klien mengatakan lingkungan rumah dan pekerjaan bersih, jauh dari polusi dan bahaya

2) Pekerjaan

Klien mengatakan lingkungan pekerjaannya kurang bersih karena berada dipasar dan sering kali bertemu dengan keramaian

g. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

1. Pola nutrisi dan cairan

a) Pola nutrisi (sebelum dan saat sakit)

Sebelum sakit :

Sebelum sakit klien mengatakan makan melalui oral, frekuensi makan 3x sehari, nafsu makan baik, tidak ada program diet, tidak ada makanan tambahan, tidak ada alergi dan tidak ada makanan yang tidak disukai. Tidak terjadi perubahan berat badan pada 3 bulan terakhir.

Saat sakit :

Saat sakit klien makan melalui oral, frekuensi makan 3x sehari, klien mengatakan nafsu makan menurun, porsi makan yang dihabiskan hanya 3 sendok makan, makanan yang tidak disukai sayuran, klien mengatakan berat badan menurun dari 64 kg menjadi 55 kg

b) Pola cairan (sebelum dan saat sakit)

Sebelum sakit :

Sebelum sakit asupan cairan klien secara oral, minum air putih biasanya \pm 7-8 gelas/hari dengan volume total 2000-2500 cc/hari

Saat sakit :

Saat sakit asupan cairan klien secara oral \pm 7 gelas perhari air putih dengan volume total 2000cc/hari dan diberikan cairan infus NaCl 20 tpm.

2. Pola eliminasi (sebelum dan sesudah sakit)

a) Buang air kecil (Bak)

Sebelum sakit :

Klien mengatakan BAK 6-7x/hari diwaktu pagi, siang dan malam hari, klien mengatakan warnanya kuning transparan dengan bau khas, tidak ada keluhan saat BAK, volume urin klien sebanyak 1700cc/hari

Saat sakit :

Klien mengatakan BAK 5-6x/hari, diwaktu pagi, siang dan malam hari, dengan warna transparan dengan bau khas, tanpa ada keluhan saat BAK, volume urin klien 1000-1600cc/hari

b) Buang air besae (Bab)

Sebelum sakit :

Klien mengatakan bab 1x sehari diwaktu pagi dengan karakteristik warna kecoklatan, bau aromatik, konsentrasi lunak, tanpa keluhan saat bab dan tanpa penggunaan pencahar

Saat sakit :

Klien mengatakan sulit bab, klien sudah 3 hari belum bab, perut klien teraba keras dan terasa penuh

3. Pola personal hygiene

Sebelum sakit :

Klien mengatakan mandi 3x/hari, oral hygiene 2x/hari diwaktu pagi dan malam hari dan mencuci rambut setiap hari

Saat sakit :

Klien mengatakan saat sakit mandinya hanya diusap dengan kain basah sebanyak 2x/hari, melakukan oral hygiene sebanyak 1x/hari pada pagi hari

4. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit :

Klien mengatakan sebelum sakit tidur selama 6-7 jam/hari saat malam hari dan tidak ada kebiasaan sebelum tidur

Saat sakit :

Klien mengatakan saat sakit tidur 7-8 jam/hari saat malam hari dan tidak ada kebiasaan sebelum tidur, namun terkadang sering terbangun saat tidur karena kepalanya pusing

5. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit :

Klien mengatakan berdagang setiap hari dipasar dari pukul 09.00 sampai pukul 16.00 WIB. Pada waktu luang klien gunakan untuk menimbang barang-barang dagangan seperti gula putih, terigu, dan aci. Tidak ada keluhan saat beraktifitas maupun keterbatasan dalam mandi, berpakaian, berhias, BAB, BAK, makan, minum, dan mobilisasi

Saat sakit :

Klien mengatakan saat sakit sering tidak berdagang karena kambuh sakitnya, klien sering berbaring ditempat tidur, jika beraktifitas klien mengeluh lemas

6. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakakan tahu akan penyakitnya dan untuk mengatasinya klien datang kerumah sakit. Klien mengatakan sudah tidak merokok lagi sejak 4 tahun yang lalu, tidak minum minuman keras dan tidak ketergantungan obat

7. Pola seksual reproduksi

Klien mengatakan tidak ada perubahan pola seksual, penggunaan obat-obatan tertentu

8. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan umum

- 1) Kesadaran : Composmentis
- 2) Tekanan darah : 100/68 mmHg
- 3) Nadi : 81 x/menit
- 4) Pernapasan : 20x/menit
- 5) Suhu : 36,5°C
- 6) TB/BB : 165 cm/55 kg

b. Pemeriksaan fisik per sistem

1) Sistem penglihatan

Mata klien tampak simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva berwarna pucat (anemis), sklera berwarna putih (normal), reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang baik, ketajaman mata baik, tidak terdapat tanda-tanda peradangan pada mata, tidak menggunakan alat bantu dalam melihat, mata klien tampak berkantung

2) Sistem pendengaran

Telinga tampak simetris, karakteristik serumen berwarna kuning lengket dan bau khas, tidak terdapat tanda-tanda radang pada telinga, fungsi pendengaran baik, dan klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran

3) Sistem wicara

Pada saat dilakukan pengkajian klien tidak mengalami kesulitan/gangguan wicara

4) Sistem pernafasan

Jalan nafas klien bersih tidak ada keluhan pada pernapasan, saat dilakukan pengkajian frekuensi napas 20x/menit, irama teratur, tidak ada suara napas tambahan dan klien tidak menggunakan alat bantu pernapasan

5) Sistem kardiovaskuler

Saat dilakukan pengkajian frekuensi nadi 81 x/menit dengan irama teratur, denyut nadi kuat, warna kulit pucat, CRT >3 detik, akral teraba dingin, tidak terdapat edema, klien mengeluh lemah dan lemas

6) Sistem neurologi

Saat dilakukan pengkajian tingkat kesadaran klien compos mentis, dengan GCS E4M6V5 : 15

7) Sistem pencernaan

Saat dilakukan pengkajian keadaan mulut tampak bersih, mengatakan tidak ada kesulitan menelan, dan tidak mengalami nyeri perut

8) Sistem immunology

Saat dilakukan pengkajian tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening

9) Sistem endokrin

Saat dilakukan pengkajian nafas tidak berbau keton, tidak ada luka, tidak tremor, tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid, dan tidak ada tanda tanda peningkatan kadar gula darah

10) Sistem urogenital

Saat dilakukan pengkajian klien tidak ada keluhan distensi kandung kemih, tidak terdapat nyeri tekan, tidak menggunakan kateter urine

11) Sistem integumen

Saat dilakukan pengkajian rambut tampak bersih, klien mengatakan rambut mudah rontok dan warna rambut hitam, keadaan kuku tampak bersih, warna kulit sawo matang, tidak ada tanda tanda radang, tidak terdapat dekubitus pada kulit

12) Sistem muskuloskeletal

Saat dilakukan pengkajian klien tampak lemah, saat sakit klien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitas dibantu keluarga, klien hanya terbaring ditempat tidur

3) Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil Pemeriksaan laboratorium ditampilkan pada tabel 3.1

Tabel 3.1
Hasil Laboratorium Tn.B di Ruang Penyakit Dalam
RSUD H.M Mayjend Ryacudu Kotabumi
Lampung Utara
23 Maret 2022

Pemeriksaan	Normal	Hasil
Hemoglobin	12-16 gr/dl	4,3 gr/dl
Hemotokrit	38-46%	14%
Leukosit	5.000-10.000 mcl	7.800 mcl
Trombosit	150.000-400.000	263.000
Limfosit	3.000/mcl darah	32%
Golongan darah	A+	

b. Pengobatan pada Tn.B sebagai berikut :

1. Infus Nacl 20 tpm
2. Infus RL 20 tpm
3. Transfusi darah PRC 5 kolf, golongan darah A+
4. Ondansentron 3x4 mg
5. Suckalfat 3x10 cc
6. Ranitidine 2x50 mg

c. Data Fokus

Dari hasil pengkajian didapatkan data yang bermasalah pada Tn. B yang dipaparkan pada tabel 3.2

Tabel 3.2
Data fokus Tn. B di Ruang Penyakit Dalam
Rumah Sakit Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 23 Maret 2022

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
a. Klien mengatakan nafsu makan menurun, makanan yang dihabiskan hanya 3 sendok makan	a. TD : 100/68 mmHg
b. Klien mengatakan sulit bab	b. Nadi : 81x/menit
c. Klien mengatakan pusing	c. Pernapasan : 20x/menit
d. Klien mengatakan mual muntah	d. Suhu : 36,5°C
e. Klien mengatakan cemas dengan penyakitnya	e. Kesadaran : Compos Mentis
f. Klien mengatakan berat badan menurun dari 64kg menjadi 55kg	f. CRT > 3 detik
g. Klien mengatakan mudah terbangun saat tidur karena kepalanya pusing	g. TB/BB : 165cm/55 kg
h. Klien mengatakan 3 hari belum Bab	h. GCS : E4M6V5
	i. Klien tampak lemas
	j. Klien tampak lemah
	k. Klien tampak pucat
	l. Klien tidak menghabiskan porsi makanan yang sudah diberikan
	m. Hemoglobin 4,3 g/dl
	n. Aktivitas klien dibantu keluarga
	o. Perut klien teraba keras
	p. Infus RL 20 tpm
	q. Ranitidine 2x50 mg
	r. Ondansentron 3x4 mg
	s. Sucralfat 3x10 cc
	t. Transusi darah PRC 5 kolf
	u. Nacl 20 tpm

d. Analisa Data

Tabel 3.3
Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	Ds : a. Mengeluh badan lemas Do : a. CRT > 3 detik b. Akral teraba dingin c. Warna kulit pucat d. Hb 4,3 gr/dl e. TD : 100/68 MmHg f. Diberikan Nacl 20 tpm g. Transfusi darah PRC 5 kolf	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin
2	Ds : a. Klien mengatkan nafsu makan berkurang b. Klien mengatakan merasa mual dan muntah c. Klien mengatakan makan hanya habis 3 sendok makan d. Klien mengatakan berat badan menurun dari 64 kg menjadi 55 kg Do : a. Diberikan ranitidine 2x50 mg b. Diberikan Ondansentron 3x4 mg Sucalfat 3x10 cc	Defisit nutrisi	Kurangnya asupan makanan
3	Ds : a. Klien mengeluh lemah b. Klien mengeluh lelah Do : a. Klien hanya terbaring ditempat tidur b. Aktivitas dibantu oleh keluarga	Intoleransi aktivitas	Kelemahan

1	2	3	4
4	Ds : a. Klien mengatakan sudah 3 hari tidak bab b. Mengeluh pengeluaran feses lama dan sulit	Konstipasi	Ketidakcukupan asupan serat

B. Diagnosa Keperawatan

1. Dari hasil analisa data dapat ditegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah :
 - a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan klien mengeluh badan lemas, CRT > 3 detik, warna kulit pucat, Hb 4,3/dl, TD 100/68 MmHg, diberikan Nacl 20 tpm, diberikan transfusi darah PRC 5 kolf
 - b. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan klien mengatakan nafsu makan berkurang, klien mengatakan merasa mual dan muntah, klien mengatakan makan hanya menghabiskan 3 sendok makan, klien mengatakan berat badan menurun dari 64 kg menjadi 55 kg, ranitidine 2x50 mg, ondansentron 3x4 mg, suckralfat 3x10 cc
 - c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengeluh lemah, klien mengeluh lelah, klien hanya terbaring ditempat tidur, aktivitas dibantu oleh keluarga
 - d. Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan klien mengatakan sudah 3 hari tidak Bab, klien mengeluh pengeluaran feses lama dan sulit, perut klien terabakeras

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.4
Rencana Keperawatan Anemia

No	Diagosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan</p> <p>Ds : Klien mengatakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengeluh badanya lemas <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. CRT > 3 detik b. Akral teraba dingin c. Warna kulit pucat d. Hb 4,3 gr/dl e. TD : 100/70 MmHg f. Diberikan Nacl 20 tpm g. Transfusi darah PCRC 5 kolf 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Maka diharapkan perfusi perifer dan status sirkulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Perfusi Perifer (L.02011)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Warna kulit pucat menurun b. Kelemahan otot menurun c. Pengisian kapiler membaik <p>Status Sirkulasi (L.02016)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah sistolik membaik b. Tekanan darah diastolik membaik c. Tekanan nadi membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Periksa sirkulasi perifer (Nadi perifer, pengisian kapiler, suhu) b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi <p>Manajemen Cairan (I.03098)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor status hidrasi (mis. Kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) b. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium c. Berikan cairan intravena, jika perlu d. Kolaborasi pemberian deuretik, jika perlu <p>Transfusi Darah (I.02089)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi rencana transfusi b. Monitor tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah transfusi c. Lakukan pengecekan ganda (double check) pada label darah d. Berikan Nacl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan

No	Diagosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
			<ul style="list-style-type: none"> e. Aturkecepatan aliran transfusi sesuai produk darah 10-15 ml/kg BB dalam 2-4 jam f. Dokumentasi tanggal, waktu, darah, durasi dan respon transfusi
2	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan nafsu makan berkurang b. Klien mengatakan merasa mual dan muntah c. Klien mengatakan makan hanya habis 3 sendok makan d. Klien mengatakan berat badan menurun dari 64 kg menjadi 55 kg <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Diberikan ranitidine 2x50 mg b. Diberikan ondansentron 3x4 mg c. Sukralfat 3x10 cc 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat b. Nafsu makan membaik 	<p>Manajemen Nutrisi (L.03119)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Monitor asupan makanan c. Berikan makanan tinggi serat untuk mengatasi konstipasi d. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan e. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrient yang dibutuhkan

No	Diagosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
3	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengeluh lemah b. Klien mengeluh lelah <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien hanya berbaring ditempat tidur b. Aktivitas dibantu oleh keluarga 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluhan lelah saat melakukan aktivitas menurun b. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat c. Perasaan lemah menurun 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b. Monitor kelelahan fisik dan emosional c. Monitor pola dan jam tidur d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas e. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan f. Anjurkan tirah baring g. Abjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.5
Catatan Perkembangan Hari Pertama

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
1.	<p>Tanggal 22 februari 2022 Pukul 11.00WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa nadi perifer, pengisian kapiler, dan suhu 2. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi <p>Pukul 11.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memeriksa kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah 4. Memantau hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin (Hb) <p>Pukul 11.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Merencanakan rencana transfusi 	<p>Tanggal 23 februari 2022</p> <p>Pukul 11.20 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan lemah 2. Keluarga klien mengatakan ketersediaan darah A+ untuk transfusi sudah ada <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD : 100/68 MmHg 2. Nadi : 81x/menit 3. Suhu : 36,1°C 4. Hb : 4,3 g/dl 5. CRT > 3 detik 6. Klien tampak pucat <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa kembali nadi perifer, pengisian kapiler, dan suhu 	 <p>Defi Hendri Yastuti</p>

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
		2. Monitor kembali kelembapan mukosa dan turgor kulit Memberikan cairan intravena RL 20 tpm	
2	Tanggal 23 februari 2022 Pukul 11.20 WIB 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Memantau asupan makanan	Tanggal 23 februari 2022 Pukul 11.30 WIB S : 1. Klien mengatakan nafsu makan berkurang 2. Klien mengatakan hanya habis 3 sendok makan setiap kali makan O : 1. Klien tampak kurus A : Masalah Defisit Nutrisi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Memonitor kembali asupan makanan 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mengatasi konstipasi 3. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan	 Defi Hendri Yastuti
3	Tanggal 23 februari 2022 Pukul 13.40 WIB 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional Pukul 14.00 WIB 1. Memonitor pola dan jam tidur	Tanggal 23 februari 2022 Pukul 13.50 WIB S : 1. Klien mengatakn tubuhnya lemas 2. Klien mengatakan sulit tidur karena kepalanya pusing 3. Klien mengatakan lemas saat berdiri terlalu	 Defi Hendri

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	<p>lama</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. Aktivitas klien dibantu keluarga 3. Klien tidu 7-8 jamhari <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Memonitor pola dan jam tidur</p>	Yastuti

Tabel 3.6

Catatan Perkembangan Hari ke Dua

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
1	<p>Tanggal 24 februari 2022 Pukul 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa nadi perifer, pengisian kapiler, dan suhu <p>Pukul 09.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memeriksa kelembapan mukosa, turgor kulit 3. Memantau hasil pemeriksaan laboratorim (Hb) 4. Memberikan cairan RL 20 tpm <p>Pukul 09.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda tanda vital sebrlum, selama, dan sesudah transfusi 2. Melakukan pengecekan ganda produk darah A+ 3. Memberikan NaCl 0,9 % 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan <p>Pukul 09.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan transfusi ke 3 (215cc) 2. Mengatur kecepatan aliran transfusi selama 4 jam 	<p>Tanggal 24 februari 2022</p> <p>Pukul 19.05 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengataka lemas <p>O :</p> <p>Pukul 09.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CRT <1 detik 2. Hb: 10.00 g/dl 3. Akral teraba hangat 4. Klien masih tampak lemas 5. Membran mukosa lembab <p>A :</p> <p>Pukul 09.50 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. TD : <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum transfusi : 108/70 MmHg b. Selama transfusi : 108/70 MmHg c. Setelah transfusi : 108 /78 MmHg 7. Nadi <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum transfusi : 85 x/menit b. Selama transfusi : 88 x/menit c. Setelah transfusi : 88x/menit 	 <p>Defi Hendri Yastuti</p>

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
	<p>3. Mendokumentasikan tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfusi</p>	<p>8. Suhu</p> <ol style="list-style-type: none"> Sebelum transfusi 36,1 °C Selama transfusi : 36,8° C Setelah transfusi : 36,8° C <p>9. RR</p> <ol style="list-style-type: none"> Sebelum transfusi : 20x/menit Selama transfusi : 20x/menit Setelah transfusi : 20x/menit <p>A : Maslah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Memantau hasil pemeriksaan laboratorium (Hb) Memberikan cairan intravena RL 20 tpm Mengukur tanda tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi Mengecek pengecekan pada produk darah A+ Memberikan NaCl 0,9 % 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan Mengatur kecepatan aliran transfusi 	
2	<p>Tanggal 24 februari 2022 Pukul 14.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Berkolaborasi pemberian obat sesuai resep Ranitidine 2x50 mg, Ondansentron 3x4 mg dan Sucralfat 3x10 cc <p>Pukul 14.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memantau asupan makanan yang 	<p>Tanggal 24 februari 2022 Pukul 14.20 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nafsu makanya sudah lebih baik dari sebelumnya Klien mengatakan mual muntah Berkurang Klien mengatakan sudah memakan maknan 	

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
	<p>dikonsumsi klien</p> <p>2. Menyarankan keluarga untuk memberikan makanan tinggi serat (buah pepaya)</p>	<p>yang diberikan</p> <p>4. Keluarga klien mengatakan tadi sudah memberikan buah pepaya kepada klien</p> <p>O :</p> <p>Pukul 14.10 WIB</p> <p>1. Klien tampak tidak ada efek samping</p> <p>Pukul 14.50 WIB</p> <p>1. Klien sudah tampak mau makan</p> <p>2. Tampak makanan diwadah klien tersisa sedikit</p> <p>3. Tampak ada pepaya sudah terkupas diatas meja</p> <p>A : Defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah nutrisi dan jenis nutrient sesuai kebutuhan</p> <p>Monitor kembali asupan makanan</p>	 <p>Defi Hendri Yastuti</p>
3	<p>Tanggal 24 february 2022</p> <p>Pukul 11.30 WIB</p> <p>1. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>Pukul 12.30 WIB</p> <p>Mengajarkan klien untuk duduk disisi tempat tidur, jika masih lemah untuk berpindah atau berjalan</p> <p>1. Menganjurkan tirah baring</p> <p>Menganjurkan melakukan aktiitas secara bertahap Pukul 13.15 WIB</p>	<p>Tanggal 24 february 2022</p> <p>Pukul 13.20 WIB</p> <p>S :</p> <p>2. Klien mengatakan tubuhnya masih lemah</p> <p>3. Klien mengatakan tubuhnya lesu</p> <p>O :</p> <p>Pukul 13.25</p> <p>4. Klien tampak lemah</p> <p>5. Aktivitas klien sebagian dibantu keluarga</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>	 <p>Defi Hendri Yastuti</p>

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
	1. Menganjurkan keluarga klien untuk membantu aktivitas klien	P : Lanjutkan intervensi 1. Mengajarkan klien untuk duduk disisi tempat tidur jika masih lemah untuk berjalan atau berpindah 2. Mengajarkan tirah baring 3. Menganjurkan aktivitas secara bertahap 4. Menganjurkan keluarga klien untuk membantu aktivitas klien	

Tabel 3.7

Catatan Perkembangan Hari Ketiga

No	Implentasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
1	<p>Tanggal 25 februari 2022</p> <p>Pukul 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan ciran intravena RL 20 tpm <p>Pukul 13.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengukur tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi 3. Mengecek pengecekan ulang pada produk darah A+ 4. Memberikan NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan <p>Pukul 14.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Memberikan transfusi darah ke 4 6. Mengatur kecepatan aliran transfusi selama 4 jam 7. Mendokumentasikan tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfui 8. Memantau hasil laboratorium (Hb) 	<p>Tanggal 25 februari 2022</p> <p>Pukul 13.05 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah tidak lemas lagi <p>O :</p> <p>Pukul 13.05 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Klien tampak sudah tidak lemah <p>Pukul 18.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. TD <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum transfusi 110/80 MmHg b. Selama transfusi 110/80 MmHg c. Setelah transfusi 115/90 MmHg 4. Nadi <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum transfusi 86x/menit b. Selama transfusi 86x/menit c. Setelah transfusi 91x/menit 5. Suhu <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum transfusi 36,3° C b. Selama transfusi 36,5° C c. Setelah transfusi 36,5° C 6. RR 	 <p>Defi Hendri Yastuti</p>

No	Implentasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
		a. Sebelum transfusi b. 20x/menit c. Selama transfusi 20x/menit d. Setelah transfusi 20x/menit 7. Hasil Hb 13 g/dl A : Masalah teratasi e. P : Hentikan intervensi	
2	Tanggal 25 february 2022 Pukul 11.00 WIB 1. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan Pukul 13.00 WIB 1. Lihat kembali asupan makanan	Tanggal 25 february 2022 Pukul 13.30 WIB S : 1. Klien mengatakan sudah enak makan 2. Klien mengatakan makanan yang diberikan dihabiskan O : Pukul 12.00 WIB 1. Tampak ahli gizi memberikan makanan sesuai dengan kebutuhsn klien 2. Makan ditempat wadah klien tampak habis A : Masalah defisit nutrisi teratasi P : Hentikan intervensi	 Defi Hendri Yastuti
3	Tanggal 25 february 2022 Pukul 14.50 WIB 1. Mengajarkan klien untuk duduk disisi tempat tidur jika masi lemah untuk berjalarn dan berpindah Pukul 15.00 WIB 2. Menganjurkan tirah baring	Tanggal 25 february 2022 S : Pukul 14.55 WIB 1. Klien mengatakan sudah tidak lemas O :	 Defi Hendri Yastuti

No	Implentasi	Evaluasi	Paraf Perawat
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
	3. Menganjurkan aktivitas secara bertahap 4. Menganjurkan Keluarga klien untuk membantu aktivitas klien	Pukul 15.10 WIB 2. Klien tampak segar 3. Aktivitas klien sudah mandiri 4. Pola tidur klien sudah membaik 8-9 jam/hari A : Masalah teratasi 5. P : Hentikan intervensi	