

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Ruang : Fresia 303
No. MR/CM : 185976
Pukul : 11.00 WIB
Tgl pengkajian : 08 Maret 2021

1. Data Dasar

a. Identitas Pasien

- 1) Nama (Inisial Klien) : Tn. D
- 2) Usia : 50 Tahun
- 3) Status perkawinan : Kawin
- 4) Pekerjaan : Petani
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : SMP
- 7) Suku : Jawa
- 8) Bahasa Yang Digunakan : Jawa
- 9) Alamat Rumah : Mekar asri 01/01, Suka Damai, Air Hitam
- 10) Sumber Biaya : BPJS
- 11) Tanggal Masuk RS : 07 Maret 2021
- 12) Diagnosa Medis : Anemia

b. Sumber Informasi (Penanggung jawab)

- 1) Nama : Ny. E
- 2) Umur : 26 Tahun
- 3) Hubungan dengan klien : Istri
- 4) Pendidikan : SMP
- 5) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga (IRT)
- 6) Alamat : Mekar asri 01/01, Suka Damai, Air Hitam

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Handayani Kotabumi pada tanggal 06 Maret 2021 klien datang bersama Istrinya dengan keluhan utama lemas disertai mual, muntah dan demam sejak 5 hari yang lalu. Klien tampak pucat, dan Bab berwarna hitam. Klien dipindahkan ke Ruang Perawatan Fresia 303

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

1) Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan merasa lemas dan lemah, lemas terasa semakin berat saat klien melakukan aktivitas misalnya berdiri terlalu lama dan akan berkurang saat klien beristirahat, lemas terasa seluruh tubuhnya dan membuat tubuhnya gemeteran saat beraktivitas, lemas terasa selama kurang lebih 1 menit, klien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dikarenakan lemas pada tubuhnya.

2) Keluhan Penyerta

Klien mengatakan pusing, lemah, mual, dan belum Bab sejak 3 hari. Klien mengatakan tidak nafsu makan dikarenakan tidak menyukai makanan yang ada di rumah sakit.

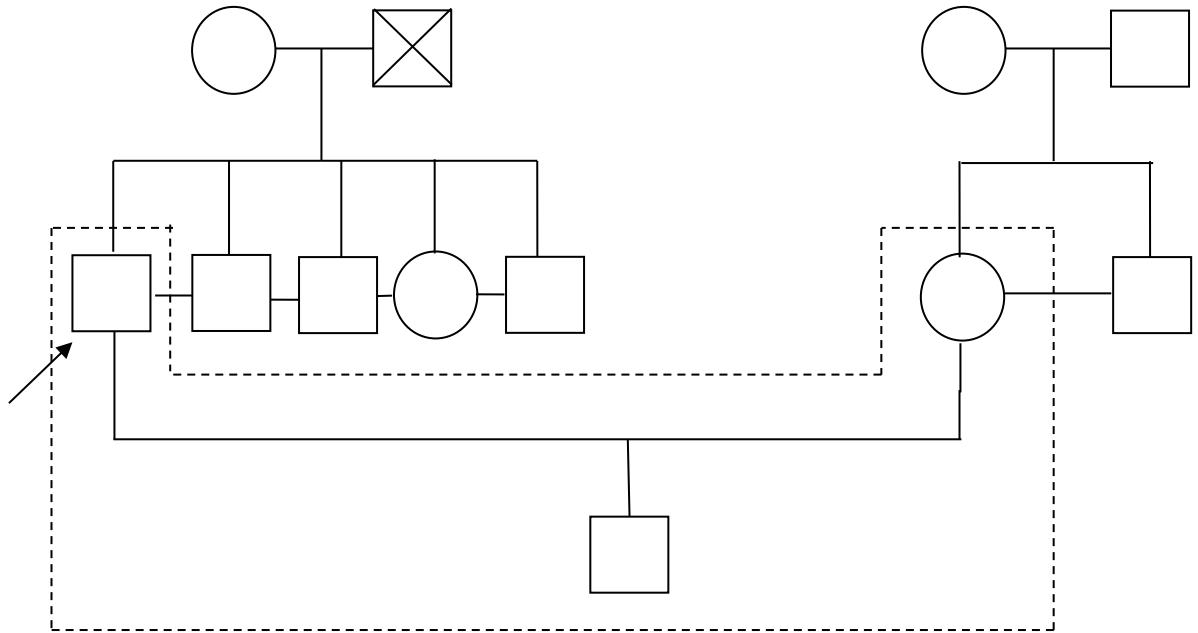
c. Riwayat kesehatan lalu

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit yang berat/kronis, biasanya hanya batuk, pilek, dan sakit kepala yang biasanya hilang dalam jangka waktu 1-2 hari. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi, kecelakaan, dan riwayat perawatan di RS sebelumnya.

d. Riwayat kesehatan keluarga

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

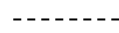
Bagan 3.1
Genogram klien Tn. D



Keterangan :



: Laki- Laki



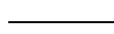
: Tinggal Serumah



: Perempuan



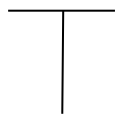
: Meninggal



: Garis Perkawinan



: Pasien



: Garis Keturunan

e. Riwayat Psikososial – Spiritual

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan biasanya sering merasakan stress dikarenakan keluarga dan pekerjaan. Dan untuk menghadapi stress nya biasanya klien akan marah-marah. Keluarga klien saling mendukung dalam menghadapi masalah apapun. Klien masih dapat berkomunikasi dengan baik seperti saat sebelum sakit. Tidak ada program pengobatan di Rumah Sakit yang bertentangan dengan kepercayaan klien.

f. Lingkungan

1) Rumah

Klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih karena keluarganya rutin membersihkan lingkungan setiap hari pada sore hari, rumah klien berada di pedesaan yang jauh dari polusi dan bahaya

2) Pekerjaan

Klien mengatakan lingkungan pekerjaannya kurang bersih karena berada di perkebunan, namun jauh dari polusi, dan bahaya

g. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

1) Pola Nutrisi dan Cairan (sebelum dan Saat Sakit)

a) Pola nutrisi

Sebelum sakit :

Sebelum sakit klien mengatakan asupan makanan klien secara oral dengan frekuensi makan 3× sehari, dengan nafsu makan yang baik dan menghabiskan 1 porsi makanan. Tidak terdapat diit, makanan tambahan, maupun alergi terhadap makanan. Tidak terjadi perubahan berat badan pada 3 bulan terakhir

Saat sakit :

Saat sakit asupan makanan klien secara oral, frekuensi 3× sehari, klien mengatakan nafsu makan menurun, klien makan setengah porsi makanan. Tidak terdapat diit, makanan tambahan maupun alergi terhadap makanan. Tidak terjadi perubahan berat badan selama 3 bulan terakhir.

b) Pola cairan

Sebelum sakit :

Sebelum sakit asupan cairan klien secara oral, biasanya klien minum air putih, dan kopi, klien minum 3 gelas kopi perhari dan minum 7-8 gelas perhari air putih dengan volume total 2000-2500 cc/hari

Saat sakit :

Saat sakit asupan cairan klien secara oral, klien minum air putih sebanyak 7 gelas/hari dengan volume total 2000cc/hari dan diberikan cairan infus NaCl 20 tpm

2) Pola Eliminasi (Sebelum dan Saat Sakit)

a) Buang air kecil (Bak)

Sebelum sakit :

Klien bak sebanyak 6-7×/hari pada pagi dan sore hari, klien mengatakan urine berwarna jernih kekuningan dan bau khas urine, tidak terdapat keluhan saat bak, volume urine klien sebanyak 1700 cc/hari

Saat sakit :

Klien Bak sebanyak 5-6×/hari pada pagi dan sore hari, klien mengatakan urin berwarna jernih kekuningan dan berbau khas urine, tidak terdapat keluhan saat bak, volume urin klien 1000-1600 cc/hari

b) Buang air besar (Bab)

Sebelum sakit :

Klien mengatakan sebelum sakit bab sebanyak 2×/hari dengan konsistensi lembek, berwarna kuning dan bau khas feses

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 sebelum sakit mandi sebanyak 2×/hari, melakukan *oral hygiene* sebanyak 2×/hari pada pagi dan sore hari dan mencuci rambut setiap hari

Saat sakit :

Klien mengatakan saat sakit klien mandi hanya dengan diusap dengan kain basah sebanyak 2×/hari, melakukan *oral hygiene* sebanyak 1×/hari pada pagi hari dan belum pernah mencuci rambut selama di rawat di Rumah Sakit

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit :

Klien mengatakan sebelum sakit biasanya klien tidur selama 6 jam/hari pada malam hari, klien tidak menggunakan obat tidur, dan tidak mengalami kesulitan saat tidur

Saat sakit :

Klien mengatakan saat sakit klien tidur selama 7-8 jam/hari, klien tidak menggunakan obat tidur, namun sering mudah terbangun pada saat tidur karena merasa pusing

5) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit :

Klien mengatakan sebelum sakit klien melakukan kegiatan bekerja sebagai petani dengan waktu kerja 06.30-12.00 WIB, pada saat waktu luang biasanya klien membersihkan rumah, tidak terdapat keluhan dalam beraktivitas. Klien mampu mandi, menggunakan pakaian, berhias, BAB, BAK, makan, minum, secara mandiri

Saat sakit :

Saat sakit klien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya. Saat sakit klien mengalami keterbatasan dalam mandi, menggunakan

pakaian, berhias, bab, bak, makan, minum, dan beraktivitas dibantu oleh keluarga

6) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengetahui gejala dan mengetahui tentang penyakitnya, saat sakit keluarga klien langsung membawa klien ke Rumah Sakit untuk mendapatkan pengobatan. Klien memiliki kebiasaan merokok, yang biasanya merokok sebanyak ≥ 1 bungkus/hari, klien tidak minum-minuman keras, dan tidak mengalami ketergantungan obat

7) Pola seksual reproduksi

Klien mengatakan tidak ada perubahan pola seksual, penggunaan obat-obatan tertentu, maupun gangguan sistem reproduksi

h. Pengkajian Fisik

1) Pemeriksaan umum

- a) Kesadaran : Compos Mentis
- b) Tekanan Darah : 90/60 mmHg
- c) Nadi : 90×/menit
- d) Pernafasan : 20×/menit
- e) Suhu : 36,7°C
- f) TB/BB : 160 cm /56 kg

2) Pemeriksaan fisik per system

a) Sistem Penglihatan

Mata klien tampak simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva berwarna pucat (anemis), sclera tidak ikterik, 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 sayu dan berkantung

b) Sistem Pendengaran

Telinga klien tampak simetris, karakteristik serumen berwarna kuning dengan konsistensi cair, tidak terdapat tanda-tanda peradangan pada telinga klien, fungsi pendengaran baik, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran

c) Sistem Wicara

Pada saat dilakukan pengkajian tidak terdapat gangguan/masalah pada sistem wicara klien

d) Sistem Pernafasan

Jalan napas klien bersih dan tidak terdapat keluhan pada saat pernapasan, pada saat pengkajian pernapasan klien yaitu 20×/menit, tidak terdapat suara tambahan maupun sputum, klien tidak menggunakan alat bantu pernapasan

e) Sistem Kardiovaskuler

Saat dilakukan pengkajian frekuensi nadi klien yaitu 90×/menit dengan irama yang lemah, warna kulit klien pucat, CRT >3 detik, akral dingin, tidak terdapat edema, klien mengeluh lemah, lemas, dan gemetaran

f) Sistem Neurologi

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

g) Sistem Pencernaan

Saat dilakukan pengkajian keadaan mulut klien bersih, tidak ada keluhan sulit menelan, klien tidak muntah, tidak terdapat nyeri pada daerah perut

h) Sistem Imunologi

Saat dilakukan pengkajian tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening pada klien

i) Sistem Endokrin

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

j) Sistem Urogenital

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

k) Sistem Integumen

Saat dilakukan pengkajian keadaan rambut klien bersih, kekuatan rambut normal dan berwarna hitam, keadaan kuku klien bersih, kekuatan kuku normal, keadaan kulit klien bersih, warna kulit klien sawo matang, tidak terdapat tanda-tanda radang, luka, dekubitus pada kulit

l) Sistem Muskuloskeletal

Saat dilakukan pengkajian klien tampak lemah, klien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitas klien dibantu keluarga, klien hanya tampak terbaring di tempat tidur

Kekuatan otot

4444	4444
4444	4444
4444	4444

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil laboratorium ditampilkan pada tabel 3.1

Tabel 3.1
Hasil Laboratorium Tn. D di Ruang Fresia Lantai 3
RSU Handayani Kotabumi
Lampung Utara
08 Maret 2021

No	Pemeriksaan	Hasil Tes	Nilai Normal
1.	Hemoglobin	4.00	12.30 – 18.00 gr/dl
2.	Leukosit	9,200	4,000 – 10,000/ μ l
3.	Hematokrit	12	40 – 50%
4.	Trombosit	327,000	150,000 – 400,000 sel/ μ l
5.	Eritrosit	1.29	4.50 – 5.50 sel/ μ l
6.	Neotrofil Staff	1	2 – 5%
7.	Limfosit	18	20 – 40%
10.	Golongan Darah	A+	

4. Penatalaksanaan

Pengobatan yang diberikan pada Tn. D tanggal 08 – 10 maret 2021 seperti pada tabel 3.2

Tabel 3.2
Pengobatan Tn. D di Ruang Fresia Lantai 3
RSU Handayani Kotabumi
Lampung Utara

No	08 Maret 2021	09 Maret 2021	10 Maret 2021
1.	Ranitidine 2×50 mg	Ranitidine 2×50 mg	Ranitidine 2×50 mg
2.	Ondansentron 3×4 mg	Ondansentron 3×4 mg	Ondansentron 3×4 mg
3.	Sucralfat 3×10 cc	Sucralfat 3×10 cc	Sucralfat 3×10 cc
4.	Ringer Laktat 20 tpm	Ringer Laktat 20 tpm	Ringer Laktat 20 tpm
5.		NaCl 20 tpm	NaCl 20 tpm
6.		Transfusi darah PRC 215 cc	Transfusi darah PRC 215 cc

5. Data Fokus

Dari hasil pengkajian didapatkan beberapa data fokus yang bermasalah pada klien Tn. D pada tabel sebagai berikut.

Tabel 3.3
Data fokus Tn. D di Ruang Fresia Lantai 3
RSU Handayani Kotabumi
Lampung Utara

No	Data subjektif	Data objektif
1.	Klien mengeluh lemas	TD : 90/60 mmHg
2.	Klien mengeluh lemah	Nadi : 90×/menit
3.	Klien mengatakan nafsu makan menurun	Pernafasan : 20×/menit
4.	Klien mengatakan sudah 3 hari belum Bab	Suhu : 36,7°C
5.	Klien mengatakan sulit Bab	Kesadaran : Compos Mentis
6.	Klien mengeluh gemetaran	GCS : E4M6V5
7.	Klien mengeluh lelah	TB/BB : 160cm/ 56kg
8.	Klien mengeluh pusing	Klien tampak pucat
9.		CRT >3 detik
10.		Akral dingin
11.		Klien tampak lemah
12.		Klien makan setengah porsi makanan
13.		Hemoglobin : 4.00 g/dl
14.		BB/TB : 56 kg/160 cm
15.		Aktivitas klien dibantu oleh keluarga
16.		Perut klien teraba keras dan terasa penuh

6. Analisa Data

Dari data pengkajian yang tercantum pada data fokus maka dapat dilakukan analisa data sebagai berikut:

Tabel 3.4
Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	Ds : a. Klien mengeluh lemas Do : a. Pengisian kapiler >3 detik b. Akral teraba dingin c. Klien tampak pucat d. Hb : 4.00 g/dl e. TD : 90/60 mmHg	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin
2.	Ds : a. Klien mengeluh lemah b. Klien mengeluh lelah Do : a. Klien hanya terbaring di tempat tidur	Intoleransi aktivitas	Kelemahan

1	2	3	4
	b. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga		
3.	Ds : a. Klien mengatakan sudah 3 hari belum Bab b. Klien mengatakan sulit Bab c. Klien mengatakan tidak nafsu makan Do : a. Klien tampak lemah b. Klien makan setengah porsi makanan c. Perut klien teraba keras dan terasa penuh	Konstipasi	Perubahan kebiasaan makan
4.	Faktor Risiko : a. Faktor psikologis (nafsu makan klien menurun)	Risiko defisit nutrisi	
5.	Faktor Risiko : a. Penurunan hemoglobin Hb : 4.00 g/dl	Risiko Infeksi	

B. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan Pengisian kapiler >3 detik, Akral teraba dingin, Klien tampak pucat, Hb : 4.00 g/dl, TD : 90/60
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan Klien mengeluh lemah, Klien mengeluh lelah, Klien hanya terbaring di tempat tidur, Aktivitas klien dibantu oleh keluarga
3. Konstipasi berhubungan dengan perubahan kebiasaan makan dibuktikan dengan Klien mengatakan sudah 3 hari belum Bab, klien mengatakan sulit Bab, klien mengatakan tidak nafsu makan, Klien tampak lemah, Klien makan setengah porsi makanan, Perut klien teraba keras dan terasa penuh
4. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan Faktor Risiko : Faktor psikologis (nafsu makan klien menurun)
5. Risiko infeksi dibuktikan dengan Faktor Risiko : Penurunan hemoglobin Hb : 4.00 g/dl

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5
Rencana Keperawatan Anemia

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d Ds : 1. Klien mengeluh lemas Do : 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Akral teraba dingin 3. Klien tampak pucat 4. Hb : 4.00 g/dl	Perfusi Perifer (L.02011) 1. Warna kulit pucat menurun 2. Kelemahan otot menurun 3. Pengisian kapiler membaik Status Sirkulasi (L.02016) 1. Tekanan darah sistolik membaik 2. Tekanan darah diastolik membaik 3. Akral dingin menurun	Perawatan sirkulasi (I.02079) 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, pengisian kapiler, suhu) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 3. Anjurkan berhenti merokok Manajemen Cairan (I.03098) 1. Monitor status hidrasi (mis. Kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor hasil pemeriksaan

1	2	3	4
	5. TD : 90/60 mmHg		<p>laboratorium</p> <p>3. Berikan cairan intravena, <i>jika perlu</i></p> <p>4. Kolaborasi pemberian diuretik, <i>jika perlu</i></p> <p>Transfusi darah (I.02089)</p> <p>1. Identifikasi rencana transfusi</p> <p>2. Monitor tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah transfusi</p> <p>3. Lakukan pengecekan ganda (double check) pada label darah</p> <p>4. Berikan NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan</p> <p>5. Atur kecepatan aliran transfusi sesuai produk darah 10-15 ml/kgBB dalam 2-4 jam</p> <p>6. Dokumentasi tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfusi</p>

1	2	3	4
2.	<p>Intoleransi aktivitas b.d kelemahan d.d</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh lemah 2. Klien mengeluh lelah <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien hanya terbaring di tempat tidur 2. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga 	<p>Toleransi aktivitas (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 2. Kemudahan melakukan aktivitas sehari- hari meningkat 3. Perasaan lemah menurun 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 5. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 6. Anjurkan tirah baring 7. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
3.	<p>Konstipasi b.d perubahan kebiasaan makan d.d</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah 3 	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 2. Frekuensi Bab membaik 	<p>Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor buang air besar (warna, frekuensi, konsistensi, volume) 2. Monitor tanda dan gejala konstipasi


1	2	3	4
	<p>hari belum Bab</p> <p>4. Klien mengatakan sulit Bab</p> <p>5. Klien mengatakan tidak nafsu makan</p>	<p>Nafsu Makan (L.03024)</p> <p>1. Keinginan makan membaik</p> <p>2. Asupan makanan membaik</p>	<p>3. Berikan air hangat setelah makan</p> <p>4. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus anjurkan mencatat warna, frekuensi,</p>
	<p>Do :</p> <p>1. Klien tampak lemah</p> <p>2. Klien makan setengah porsi makanan</p> <p>3. Perut klien teraba keras dan terasa penuh</p>		<p>3. konsistensi, volume feses</p> <p>Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat</p> <p>4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p>


D. Catatan Perkembangan


Tabel 3.6
Catatan Perkembangan pada Tn.D dengan Anemia

1. Hari pertama

No. Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	Tanggal : 08 Maret 2021 Pukul : 12.00 WIB 1. Memeriksa nadi perifer, pengisian kapiler, suhu 2. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi	Tanggal : 08 Maret 2021 Pukul : 12.25 WIB S : 1. Klien mengatakan lemah 2. Keluarga klien mengatakan kalau ketersediaan darah A+ untuk transfusi sudah ada O : 1. TD : 90/60 mmHg 2. Nadi : 90 x/menit 3. Suhu : 36,7°C 4. Hb : 4.00 g/dl	


1	2	3	4
	<p>Pukul: 12.10 WIB</p> <p>3. Memonitor kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah</p> <p>4. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin (Hb)</p> <p>Pukul : 12.15 WIB</p> <p>5. Memberikan cairan intravena RL 20 tpm</p> <p>6. Memberikan obat sesuai resep</p> <p>a. Ranitidine 2 × 50 mg</p> <p>b. Ondansentron 3×4 mg</p>	<p>5. CRT : >3 detik</p> <p>6. Klien tampak pucat</p> <p>7. Membran mukosa kering</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1. Memeriksa kembali nadi perifer, pengisian kapiler, suhu</p> <p>2. Memonitor kembali kelembapan mukosa, turgor kulit</p> <p>3. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hb)</p> <p>4. Memberikan cairan intravena RL 20 tpm</p> <p>5. Memberikan obat sesuai resep</p> <p>a. Ranitidine 2 × 50 mg</p> <p>b. Ondansentron 3×4 mg</p> <p>c. Sucralfat 3×10 cc</p>	<p>Perawat</p>  <p>Anisa Lidia Ningrum</p>

1	2	3	4
	b. Sucralfat 3×10 cc Pukul : 12.22 7. Mengidentifikasi rencana transfuse		
2.	Tanggal : 08 Maret 2021 Pukul : 12.40 WIB 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional Pukul : 12.55 3. Memonitor pola dan jam tidur 4. Memonitor lokasi dan	Tanggal : 08 Maret 2021 Pukul : 13.00 WIB S : 1. Klien mengatakan tubuhnya lemas 2. Klien mengatakan tubuhnya lesu 3. Klien mengatakan mudah terbangun saat tidur karena kepalanya pusing 4. Klien mengatakan tubuhnya gemeteran jika berdiri terlalu lama O : 1. Klien tampak lemah 2. Aktivitas klien dibantu keluarga 3. Klien tidur 7-8 jam/ hari A : Masalah belum teratasi	Perawat  Anisa Lidia Ningrum


1	2	3	4
	ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	P : Lanjutkan intervensi 1. Memonitor pola dan jam tidur	
3.	Tanggal : 08 Maret 2021 Pukul : 13.20 WIB 1. Memonitor tanda dan gejala konstipasi	Tanggal : 08 Maret 2021 Pukul : 13.25 WIB S : 1. Klien mengatakan sudah 3 hari belum Bab 2. Klien mengatakan sulit Bab O : 1. Klien tampak lemah 2. Perut klien teraba keras dan terasa penuh A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Perawat  Anisa Lidia Ningrum


2. Hari kedua

No. Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	<p>Tanggal : 09 Maret 2021</p> <p>Pukul: 20.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa nadi perifer, pengisian kapiler, suhu <p>Pukul : 20.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor kelembapan mukosa, turgor kulit 3. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hb) 4. Memberikan cairan intravena RL 20 tpm 5. Memberikan obat sesuai 	<p>Tanggal : 09 Maret 2021</p> <p>S :</p> <p>Pukul : 20.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan lemas <p>O :</p> <p>Pukul : 20.28 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. CRT < 1 detik 3. Hb : 10.00 g/dl 4. Akral hangat 5. Klien tampak lemas 6. Membran mukosa lembab <p>Pukul : 24.40 WIB</p> <p>7. TD :</p>	

1	2	3	4
	<p>resep</p> <p>a. Ranitidine 2 × 50 mg</p> <p>b. Ondansentron 3×4 mg</p> <p>c. Sucralfat 3×10 cc</p> <p>Pukul : 20.20 WIB</p> <p>6. Mengukur tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah transfusi</p> <p>7. Melakukan pengecekan ganda produk darah A+ Memberikan NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan</p> <p>Pukul : 20.40 WIB</p> <p>9. Memberikan transfuse</p>	<p>a. Sebelum transfusi : 106/65 mmHg</p> <p>b. Selama transfusi : 106/65 mmHg</p> <p>c. Setelah transfusi : 106/69</p> <p>8. Nadi</p> <p>a. Sebelum transfusi : 82 ×/menit</p> <p>b. Selama transfusi : 84 ×/menit</p> <p>c. Setelah transfusi : 84 ×/menit</p> <p>9. Suhu</p> <p>a. Sebelum transfusi : 36,5 °C</p> <p>b. Selama transfusi : 37,1 °C</p> <p>c. Setelah transfusi : 37,0 °C</p> <p>10. RR</p> <p>a. Sebelum transfusi : 20 ×/menit</p> <p>b. Selama transfusi : 20 ×/menit</p> <p>c. Setelah transfusi : 21 ×/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>	<p>Perawat</p>  <p>Anisa Lidia Ningrum</p>

1	2	3	4
	<p>darah yang ke 3 (215 cc)</p> <p>10. Mengatur kecepatan aliran transfusi selama 4 jam</p> <p>11. Mendokumentasi tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfusi</p>	<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hb) 2. Memberikan cairan intravena RL 20 tpm 3. Memberikan obat sesuai resep <ol style="list-style-type: none"> a. Ranitidine 2 × 50 mg b. Ondansentron 3×4 mg c. Sucralfat 3×10 cc 4. Mengukur tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah transfuse 5. Melakukan pengecekan ganda pada produk darah A+ 6. Memberikan NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan 7. Mengatur kecepatan aliran transfusi 	
2.	<p>Tanggal : 09 Maret 2021</p> <p>Pukul : 20.55 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola dan jam tidur 	<p>Tanggal : 09 Maret 2021</p> <p>S :</p> <p>Pukul : 20.56 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tubuhnya masih lemas dan lelah 	


1	2	3	4
	<p>Pukul :21.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengajarkan klien untuk duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 3. Menganjurkan tirah baring 4. Menjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Pukul : 21.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Menganjurkan keluarga klien untuk membantu aktivitas klien 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Klien mengatakan tubuhnya masih lesu 3. Klien mengatakan tidur 8-9 jam/hari <p>O :</p> <p>Pukul : 21.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. Aktifitas klien sebagian dibantu keluarga <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan klien untuk duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 2. Menganjurkan tirah baring 3. Menjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 4. Menganjurkan keluarga klien untuk membantu aktivitas klien 	<p>Perawat</p>  <p>Anisa Lidia Ningrum</p>


1	2	3	4
3.	<p>Tanggal : 09 Maret 2021</p> <p>Pukul : 21.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan keluarga untuk diberikan air minum hangat setelah makan <p>Pukul : 21.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan jenis makanan yang berserat membantu melancarkan Bab 3. Mengajukan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 4. Mengajukan 	<p>Tanggal : 09 Maret 2021</p> <p>S :</p> <p>Pukul : 21.22 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan Bab nya masih keras 2. Klien mengatakan Bab kuning kehitaman 3. Klien mengatakan Bab sebanyak 1 kali dalam sehari 4. Keluarga klien mengatakan klien menghabiskan 1 porsi makanan <p>O :</p> <p>Pukul : 21.50 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perut klien sudah tidak teraba keras lagi <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan keluarga untuk diberikan air minum hangat setelah makan 	<p>Perawat</p>  <p>Anisa Lidia Ningrum</p>


<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
	<p>mengonsumsi buah buah yg melancarkan Bab seperti papaya</p> <p>5. Menganjurkan memperbanyak minum air putih</p>	<p>2. Menganjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses</p> <p>3. Menganjurkan memperbanyak minum air putih</p>	

3. Hari ketiga

No. Dx	Impementasi	Evaluasi	Paraf perawat
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	<p>Tanggal : 10 Maret 2021</p> <p>Pukul : 13.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan cairan intravena RL 20 tpm 2. Memberikan obat sesuai resep <ol style="list-style-type: none"> a. Ranitidine 2 × 50 mg b. Ondansentron 3×4 mg c. Sucralfat 3×10 cc <p>Pukul : 14.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengukur tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah transfuse 	<p>Tanggal : 10 Maret 2021</p> <p>Pukul : WIB</p> <p>S :</p> <p>Pukul : 13.35</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan sudah tidak lemas dan lelah lagi <p>O :</p> <p>Pukul : 13.35</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Klien tampak segar tidak lemas <p>Pukul : 18.30 WIB</p> <p>1. TD :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum transfusi : 110/70 mmHg b. Selama transfusi : 110/70 mmHg c. Setelah transfusi : 110/90 mmHg 	

1	2	3	4
	<p>4. Melakukan pengecekan ganda pada produk darah A+</p> <p>5. Memberikan NaCl 0,9% 50-100 ml</p> <p>6. sebelum transfusi dilakukan</p> <p>Pukul : 14.30 WIB</p> <p>7. Memberikan transfusi darah ke 4</p> <p>8. Mengatur kecepatan aliran transfusi selama 4 jam</p> <p>9. Mendokumentasi tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfuse</p> <p>10. Memonitor hasil</p>	<p>2. Nadi</p> <p>a. Sebelum transfusi : 80 ×/menit</p> <p>b. Selama transfusi : 82 ×/menit</p> <p>c. Setelah transfusi : 84 ×/menit</p> <p>3. Suhu</p> <p>a. Sebelum transfusi : 36,5 °C</p> <p>b. Selama transfusi : 36,8 °C</p> <p>c. Setelah transfusi : 36,8 °C</p> <p>4. RR</p> <p>a. Sebelum transfusi: 20 ×/menit</p> <p>b. Selama transfusi : 22 ×/menit</p> <p>c. Setelah transfusi : 20 ×/menit</p> <p>5. Hb : 13.00 g/dl</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	<p>Perawat</p>  <p>Anisa Lidia Ningrum</p>

1	2	3	4
	pemeriksaan laboratorium (Hb)		
2.	Tanggal : 10 Maret 2021 Pukul : 14.40 WIB 1. Mengajarkan klien untuk duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Pukul : 14.50 WIB 2. Mengajarkan tirah baring 3. Menjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 4. Mengajarkan keluarga klien untuk membantu aktivitas klien	Tanggal : 10 Maret 2021 S : Pukul : 14.42 WIB 1. Klien mengatakan sudah tidak lemas 2. Klien mengatakan sudah tidak lesu O : Pukul : 15.00 WIB 1. Klien tampak segar 2. Aktifitas klien sudah bisa mandiri 3. Klien tidur 8-9 jam/hari A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	Perawat  Anisa Lidia Ningrum

1	2	3	4
3.	<p>Tanggal : 10 Maret 2021</p> <p>Pukul : 15.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 2. Menganjurkan keluarga untuk diberikan air minum hangat setelah makan 3. Menganjurkan memperbanyak minum air putih 	<p>Tanggal : 10 Maret 2021</p> <p>S :</p> <p>Pukul : 15.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah Bab 2 kali 2. Klien mengatakan Bab lembek, sudah tidak keras 3. Klien mengatakan Bab berwarna kekuningan <p>O :</p> <p>Pukul : 15.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perut klien tidak teraba keras <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	<p>Perawat</p>  <p>Anisa Lidia Ningrum</p>