

## BAB III

### LAPORAN STUDI KASUS

#### A. Pengkajian

Ruang : Fresia 4  
No. MR/CM : 217643  
Pukul : 21.05 WIB  
Tgl pengkajian : 09 November 2022

##### 1. Data dasar

###### a. Identitas Pasien

Nama (Inisial Klien) : Ny. I  
Usia : 68 Tahun  
Status Perkawinan : Kawin  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Suku : Lampung  
Bahasa Yang Digunakan : Indonesia  
Alamat Rumah : Gedung raja 001/004 Hulu sungkai  
Sumber Biaya : BPJS  
Tanggal Masuk RS : 09 November 2022  
Diagnosa Medis : Anemia

###### b. Sumber Informasi (Penanggung jawab)

Nama : Yanto  
Umur : 30 tahun  
Hubungan dengan klien : Anak  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Wiraswata  
Alamat : Gedung raja 001/004 Hulu sungkai

## 2. Riwayat Kesehatan

### a. Riwayat kesehatan masuk RS

Klien datang ke IGD Rumah Sakit Handayani Kotabumi pada tanggal 09 November 2022 Pukul 16.00 klien datang diantar oleh anaknya dengan keluhan utama lemas disertai mual sejak 3 hari yang lalu, klien tidak nafsu makan. Klien tampak pucat, turgor kulit tidak elastis, bab berwarna hitam. TD : 114/76 mmHg, suhu : 36,5°C, nadi : 80×/menit, RR : 20×/menit, SPO2 : 98%. Klien dipindahkan ke Ruang Perawatan Fresia 4

### b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

#### 1) Keluhan utama

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan merasa lemas dan lemah. Lemas terasa semakin berat bila melakukan aktivitas berlebihan seperti duduk dan berdiri terlalu lama, lemas berkurang dengan beristirahat, lemas terasa pada seluruh tubuh klien dan membuat seluruh tubuhnya gemeteran selama beraktivitas, lemas terasa selama ±1 menit, klien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dikarenakan lemas pada fisiknya, aktivitasnya dibantu dan didukung oleh keluarganya.

#### 2) Keluhan penyerta

Klien mengatakan tidak nafsu makan, klien tampak pucat dan lemah. Bab klien berwarna hitam sejak 3 hari yang lalu. Klien mengeluh sulit tidur, klien mengatakan tidur hanya 5 jam.

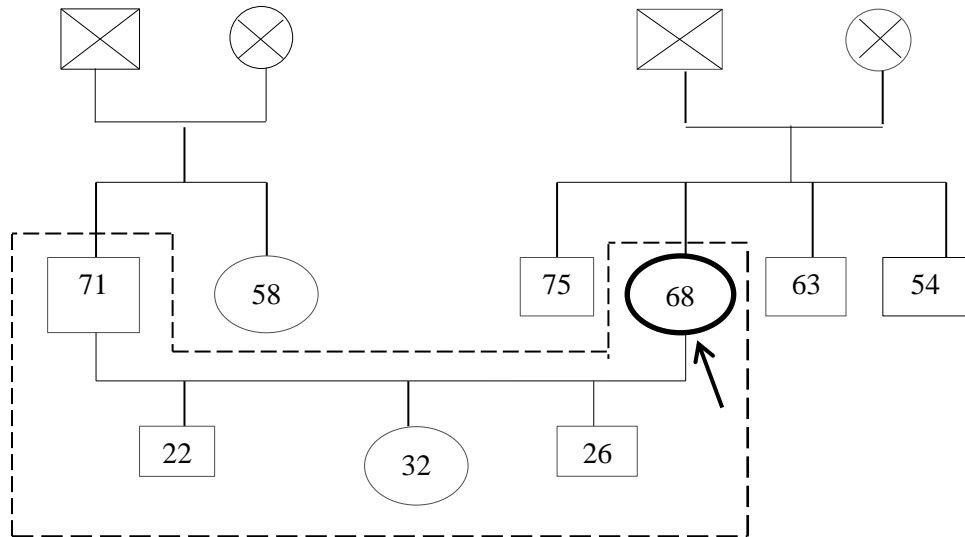
### c. Riwayat kesehatan lalu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi, tidak memiliki riwayat kecelakaan, klien mengatakan baru pertama kali dirawat di RS, klien memiliki riwayat penyakit maag setahun yang lalu, klien tidak memiliki riwayat operasi.





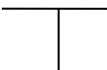


## d. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit anemia.

Gambar 3.1  
Genogram Keluarga Ny. I



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Garis Perkawinan
-  : Garis Keturunan
-  : Tinggal Serumah
-  : Meninggal
-  : Pasien

e. Riwayat Psikososial-Spiritual

Saat dilakukan pengkajian klien merasa khawatir akan penyakitnya, klien takut jika penyakitnya tidak kunjung sembuh. Untuk menghadapi stress klien selalu berkomunikasi ke keluarga, keluarga klien selalu memberi dukungan agar klien cepat sembuh. Klien masih berkomunikasi dengan baik seperti sebelum sakit. Tidak ada pengobatan yang bertentangan dengan nilai kepercayaan, keluarga klien dan klien percaya pada tuhan dalam beribadah dan berdoa untuk kesembuhannya.

f. Lingkungan

1) Rumah

Klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih karena keluarga klien rutin membersihkan rumah klien. Rumah klien bebas polusi dan tidak ada bahaya disekitar rumah klien.

2) Pekerjaan

Klien bekerja sebagai ibu rumah tangga (tidak bekerja).

g. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

1) Pola nutrisi dan cairan (sebelum dan saat sakit)

a) Pola nutrisi

Sebelum sakit:

Klien mengatakan asupan makanan klien secara oral dengan frekuensi makan 3x sehari, dengan nafsu makan yang baik dan menghabiskan 1 porsi makanan, tidak ada program diet. Tidak ada makanan yang tidak disukai oleh klien ataupun alergi makanan. Kebiasaan makan terdiri dari nasi, lauk pauk dan sayur. Berat badan klien dalam 3 bulan terakhir 55 kg.

Saat sakit:

Saat sakit asupan klien secara oral, frekuensi makan 3x sehari dan hanya menghabiskan  $\frac{3}{4}$  porsi makanan. Klien mengatakan nafsu makan klien menurun. Selama sakit klien diberi jenis makanan yang mudah dicerna. Saat klien sakit tetap

makan sayur, nasi, lauk pauk dan buah-buahan. Berat badan klien 55 kg.

b) Pola cairan

Sebelum sakit:

Klien mengatakan minum melalui oral dengan jenis air putih 5-8 gelas/hari dengan volume total 2000cc/hari.

Saat sakit:

Klien mengatakan minum melalui oral sebanyak 4 gelas/hari jenis air mineral dan diberikan cairan infus RL 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 frekuensi 1×/hari, warna hitam sejak 3 hari yang lalu, bau khas feses, konsistensi padat dan tidak ada keluhan.

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 3×/minggu

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 8-9 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 3-4 jam/hari klien mengatakan sulit tidur, 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 tidak bekerja dan klien hanya berdiam dirumah. 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 tidak mengetahui penyakitnya dan baru mengetahui penyakitnya sejak dirawat di RS, saat sakit keluarga klien langsung membawa klien ke RS untuk mendapatkan pengobatan. Klien tidak merokok dan tidak minuman keras.

7) Pola seksual dan reproduksi

Klien mengatakan tidak ada perubahan pola seksual, tidak menggunakan obat-obatan tertentu, maupun gangguan reproduksi.

h. Pengkajian Fisik

1) Pemeriksaan umum

Kesadaran : Compos mentis

Tekanan darah: 102/72 mmHg

Nadi : 120×/menit

Pernafasan : 22×/menit

Suhu : 36,5°C

TB/BB : 155/55Kg

2) Pemeriksaan fisik per sistem

a) Sistem Penglihatan

Mata klien tampak simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva berwarna pucat (anemis), reaksi pupil terhadap cahaya normal, ketajaman mata baik, tidak menggunakan alat bantu dalam melihat, mata klien tampak sayu dan berkantung.

b) Sistem Pendengaran

Fungsi pendengaran baik dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

c) Sistem Wicara

Klien berbicara tidak memiliki kesulitan/gangguan berbicara dalam berinteraksi.

d) Sistem Pernafasan

Tidak terdapat keluhan pada pernapasan, pada saat pengkajian pernapasan klien yaitu 22×/menit, klien tidak menggunakan alat bantu pernapasan.

e) Sistem Kardiovaskuler

Saat dilakukan pengkajian frekuensi nadi klien yaitu 120×/menit, 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 kurang bersih, tidak ada kesulitan menelan, klien mengeluh mual, terdapat nyeri 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 gangguan pada sistem ini.

j) Sistem Urogenital

Saat dilakukan pengkajian klien tidak ada keluhan distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, 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.

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.



3. Pemeriksaan Penunjang
  - a. Pemeriksaan Laboratorium

**Tabel 3.1**  
**Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pasien Dengan Gangguan Sirkulasi**  
**Pada Kasus Anemia Terhadap Ny. I di Ruang Fresia Lantai 4**  
**Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi Lampung Utara**  
**Tanggal 09 November 2022**

No	Pemeriksaan	Hasil Test	Nilai Normal
1	Hemoglobin	3,3 gr/dl	12,0-16,0
2	Golongan darah	O	
3	Trombosit	372.000sel/ul	150.000-400.000sel/ul
4	Leukosit	8.700/ul	3.600-11.000/ul
5	Ureum	27 mg/dl	20-40 mg/dl
6	Kreatinin	0.8 mg/dl	0.6-0.9 mg/dl
7	Eritrosit	1.57 jt	4,0-5,0
8	Hematokrit	11%	37-45
9	MCV	72 n3	77-93
10	MCH	21 pq	27-32
11	MCHC	29 %	31-35

## 4. Penatalaksanaan

Pengobatan yang diberikan pada Ny. I tanggal 09 – 11 November 2022

**Tabel 3.2**

**Pengobatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sirkulasi  
Pada Kasus Anemia Terhadap Ny. I di Ruang Fresia Lantai 4  
Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi Lampung Utara  
Tanggal 09 November 2022**

No	Nama Obat	Dosis	Metode
1	Dexametason	1×5 mg	iv
2	Ondancentron	3×4 mg	iv
3	Omeprazole	1×4 mg	iv
4	Ringer lactat	500ml 20tpm	iv
5	NaCl 0,9%	200ml 20tpm	iv
6	Sucralfate	3×500 mg	oral
7	Tablet Fe	3x60 mg	oral

## 5. Data Fokus

Dari hasil pengkajian didapatkan beberapa data fokus yang bermasalah pada klien Ny. I pada tabel sebagai berikut.

**Tabel 3.3**  
**Data Fokus Pada Pasien Dengan Gangguan Sirkulasi Pada Kasus Anemia Terhadap Ny. I di Ruang Fresia Lantai 4 Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 09 November 2022**

Data Subjektif	Data Objektif
1. Klien mengeluh lemas	1. Klien tampak pucat
2. Klien mengeluh lemah	2. CRT >3 detik
3. Klien mengeluh lelah	3. Akral teraba dingin
4. Klien mengatakan saat sakit klien tidur selama 3-4 jam/hari	4. Turgor kulit tidak elastis
5. Klien mengatakan sulit tidur	5. HB 3,3 g/dl
6. Klien sering terbangun tidak cukup tidur	6. TTV TD: 102/72 mmHg Nadi: 120×/menit RR: 22×/menit Suhu: 36,5°C
7. Klien mengatakan tidak nafsu makan	7. Klien hanya terbaring di tempat tidur
8. Klien mengatakan mual	8. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga
9. Klien mengatakan BAB hitam sejak 3 hari yang lalu	9. Mata klien tampak sayu
	10. Mata berkantung
	11. Klien hanya menghabiskan ¾ dari 1 porsi makan
	12. Klien tampak pucat

6. Analisa Data

**Tabel 3.4 Analisa Data**  
**Analisa Data Pasien Dengan Gangguan Sirkulasi Pada Kasus Anemia Terhadap Ny. I di Ruang Fresia Lantai 4**  
**Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 09 November 2022**

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh lemas</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak pucat</li> <li>2. CRT &gt;3 detik</li> <li>3. Akral teraba dingin</li> <li>4. Turgor kulit tidak elastis</li> <li>5. HB 3,3 g/dl</li> <li>6. TTV</li> </ol> <p>TD:102/72 mmHg            Nadi: 120×/menit            RR: 22×/menit            Suhu: 36,5°C</p>	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin
2.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>2. Klien mengatakan mual</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien hanya menghabiskan <math>\frac{3}{4}</math> dari 1 porsi makan</li> <li>2. Klien tampak pucat</li> </ol>	Nausea	Iritasi Lambung
3.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh lemah</li> <li>2. Klien mengeluh lelah</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>2. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga</li> </ol>	Intoleransi Aktivitas	ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
4.	Ds : 1. Klien mengatakan saat sakit klien tidur selama 3-4 jam/hari 2. Klien mengatakan sulit tidur 3. Klien sering terbangun tidak cukup tidur Do : 1. Mata klien tampak sayu 2. Mata tampak berkantung	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur
5.	Faktor Risiko 1. Penurunan hemoglobin	Resiko infeksi	

**B. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan 5 diagnosa diatas, penulis menegakkan 3 diagnosa berdasarkan data dukung hasil dari pengkajian yaitu :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan klien mengeluh lemas, klien tampak pucat, CRT >3 detik, akral teraba dingin, HB 3,3 g/dl, TTV : TD:102/72mmHg, Nadi:120×/menit, RR: 22×/menit, Suhu: 36,5°C.
2. Nausea berhubungan dengan Iritasi lambung dibuktikan dengan klien mengatakan tidak nafsu makan, klien mengatakan mual, klien hanya menghabiskan  $\frac{3}{4}$  dari 1 porsi makan, klien tampak pucat.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan klien mengeluh lemah, klien mengeluh lelah, klien tampak berbaring ditempat tidur dan aktivitas klien dibantu oleh keluarga.

### C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

**Rencana Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sirkulasi Pada Kasus Anemia Terhadap Ny. I di Ruang Fresia Lantai 4 Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 09 November 2022**

No	Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	<p>Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)                      b.d penurunan konsentrasi hemoglobin                      d.d</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh lemas</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak pucat</li> <li>2. CRT &gt;3 detik</li> <li>3. Akral teraba dingin</li> <li>4. HB 3,3 g/dl</li> <li>5. Turgor kulit menurun</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer (L.02011) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warna kulit pucat menurun</li> <li>2. Pengisian kapiler membaik</li> <li>3. Akral membaik</li> <li>4. Keluhan lemas menurun</li> <li>5. Turgor kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna)</li> <li>2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orangtua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>2. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berolahraga secara rutin</li> <li>2. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan. (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat)</li> </ol> <p><b>Transfusi darah (I.02089)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi rencana transfusi</li> <li>2. Monitor tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah transfus</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p>

No	Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengecekan ganda (double check) pada label darah</li> <li>2. Berikan NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan</li> <li>3. Atur kecepatan aliran transfusi sesuai produk darah 10-15 ml/kgBB dalam -4 jam</li> <li>4. Dokumentasi tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfusi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu dilaporkan (mis. Gatal, pusing, sesak napas , nyeri dada)</li> </ol>
2.	<p>Nausea b.d iritasi lambung d.d</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>2. Klien mengatakan mual</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien hanya menghabiskan <math>\frac{3}{4}</math> dari 1 porsi makan</li> <li>2. Klien tampak pucat</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Nausea (L.08065) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perasaan ingin muntah menurun</li> <li>2. Pucat membaik</li> <li>3. Nafsu makan membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Mual (I.03117)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi dampak mual atas kualitas hidup (missal. nafsu makan, dan tidur)</li> <li>2. Identifikasi faktor penyebab mual</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan makanan dalam jumlah kecil tapi sering</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antiemetik.</li> </ol>






No	Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
3.	<p>Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh lemah</li> <li>2. Klien mengeluh lelah</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien hanya terbaring di tempat tidur</li> <li>2. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas (L.05047) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan lelah menurun</li> <li>2. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>3. Perasaan lemah menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>

**D. Implementasi dan Evaluasi**

**Tabel 3.6**


**Catatan Perkembangan Pasien Dengan Gangguan Sirkulasi Pada Kasus Anemia Terhadap Ny. I di Ruang Fresia Lantai 4 Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 09 November 2022**



No	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
1	2	3	4
1.	<p>Tanggal : 09 November 2022</p> <p>Pukul : 21.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna).</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor gangguan sirkulasi.</li> <li>3. Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat)</li> <li>4. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> </ol> <p>Pukul : 21.35 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginformasikan tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Mengecek kembali pasien dengan benar, tipe darah, tipe Rh, jumlah unit, waktu kadaluarsa</li> <li>3. Mengukur TTV : tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu</li> <li>4. Mengobservasi keadaan umum pasien</li> <li>5. Mendapatkan atau memverifikasi</li> </ol>	<p>Pukul : 23.40 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien masih mengeluh lemas</li> <li>2. Pasien mengatakan bahwa akan dilakukan tindakan tranfusi</li> <li>3. Pasien mengatakan telah memahami tanda dan gejala efek samping pemberian darah</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kulit klien masih tampak pucat</li> <li>2. Konjungtiva tampak pucat</li> <li>3. CRT &gt;3 detik</li> <li>4. TD : 105/76 mmHg</li> <li>5. Nadi : 120x/m</li> <li>6. RR : 22x/m</li> <li>7. Suhu : 36,2°C</li> <li>8. Akral dingin</li> <li>9. Turgor kulit tidak elastis</li> <li>10. Pasien benar dengan tipe darah O+, 250 cc dengan 32 tpm</li> <li>11. Keluarga telah mengisi lembar ketersediaan transfusi</li> <li>12. Tidak ada respon transfusi yang negatif seperti pusing, nyeri dada, gatal, panas</li> <li>13. Selesai transfusi jam 23.35 WIB</li> </ol> <p>A : Perfusi perifer tidak efektif (masalah belum teratasi)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	 <p>Nurul Nafisa</p>

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
1	2	3	4
	<p>kesediaan pasien</p> <p>6. Memonitor adanya reaksi transfuse (pusing, nyeri dada, gatal, panas)</p> <p>7. Memonitor dan atur jumlah aliran selama transfuse</p> <p>8. Mencatat waktu transfuse</p>	<p>1. Perawatan sirkulasi</p> <p>2. Transfusi darah</p>	
2.	<p>Tanggal 09 November 2022</p> <p>Pukul 22.20 WIB</p> <p>1. Mengidentifikasi dampak mual atas kualitas hidup (mis. nafsu makan, dan tidur)</p> <p>2. Mengidentifikasi factor penyebab mual</p> <p>Pukul 22.24 WIB</p> <p>1. Memberikan obat antiemetic. (inj. Ondansentron 3x 4mg)</p>	<p>Pukul 22.25 WIB</p> <p>S:</p> <p>1. Klien mengatakan masih mual</p> <p>2. Klien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>3. Klien mengatakan masih lemas</p> <p>O :</p> <p>1. Klien tampak menghabiskan <math>\frac{3}{4}</math> dari 1 porsi makan</p> <p>2. Klien tampak pucat</p> <p>A : Nausea ( masalah belum teratasi)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1. Manajemen mual</p>	 Nurul Nafisa
3.	<p>Tanggal : 09 November 2022</p> <p>Pukul : 21.55 WIB</p> <p>1. Mengobservasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3. Memfasilitasi duduk di tempat tidur jika tidak mampu berpindah</p> <p>4. Anjurkan tirah baring</p> <p>5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	<p>Tanggal : 09 November 2022</p> <p>Pukul : 22.15 WIB</p> <p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan tubuhnya lemas</p> <p>2. Klien mengatakan tubuhnya lelah</p> <p>3. Klien mengatakan mudah terbangun saat tidur karena kepalanya pusing</p> <p>O :</p> <p>1. Klien tampak lemah</p>	 Nurul Nafisa



No	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
		2. Aktivitas klien dibantu keluarga 3. Klien tidur 3-4 jam/ hari  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi 1. Manajemen energi	


**Tabel 3.7**  
**Catatan Perkembangan Pasien Dengan Gangguan Sirkulasi Pada Kasus Anemia Terhadap Ny. I di Ruang Fresia Lantai 4**  
**Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 10 November 2022**

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
1	2	3	4
1.	<p>Tanggal 10 November 2022</p> <p>Pukul 14.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna)</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</li> <li>3. Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan. (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat)</li> <li>4. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> </ol> <p>Pukul 14.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kembali hasil transfusi</li> <li>2. Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>3. Mengobservasi keadaan umum pasien</li> <li>4. Mendokumentasikan waktu transfusi</li> <li>5. Berikan tranfusi darah kolf ke 2</li> </ol>	<p>Pukul 16.45 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien masih mengeluh lemas</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kulit masih tampak pucat</li> <li>2. Konjungtiva anemis</li> <li>3. CRT &gt;3 detik</li> <li>4. TD : 120/82 mmHg</li> <li>5. Nadi : 109 x/m</li> <li>6. RR : 20x/m</li> <li>7. Suhu : 36,3°C</li> <li>8. Turgor kulit tidak elastis</li> <li>9. Pasien terpasang transfusi darah kolf ke dua dari jam 14.40-16.40 (O+, 250 cc)</li> <li>10. Selesai transfusi pukul 16.40 WIB</li> <li>11. Tidak ditemukan respon negatif seperti nyeri dada, pusing, gatal, panas</li> </ol> <p>A : Perfusi perifer tidak efektif (masalah teratasi sebagian)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan sirkulasi</li> <li>2. Transfusi darah</li> </ol>	 Nurul Nafisa

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
1	2	3	4
2.	<p>Tanggal 10 November 2022</p> <p>Pukul 15.35 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi dampak mual atas kualitas hidup (missal. nafsu makan, dan tidur)</li> <li>Mengidentifikasi faktor penyebab mual</li> </ol> <p>Pukul 15.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan obat antiemetic. (inj. Ondansetron 3x1 4mg)</li> </ol>	<p>Pukul 15.45 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan mual sudah berkurang</li> <li>Klien mengatakan nafsu makannya membaik</li> <li>Klien mengatakan masih lemah</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak menghabiskan ½ dari 1 porsi makan</li> <li>Klien tampak pucat</li> </ol> <p>A : Nausea ( masalah teratasi sebagian)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Manajemen mual</li> </ol>	 Nurul Nafisa
3.	<p>Tanggal : 10 November 2022</p> <p>Pukul : 15.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor pola dan jam tidur</li> <li>Menganjurkan tirah baring</li> <li>Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>Menganjurkan keluarga klien untuk membantu aktivitas klien</li> </ol>	<p>Pukul : 15.10 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan tubuhnya masih lemas dan lelah</li> <li>Klien mengatakan tidur mulai membaik yaitu 6 jam/hari</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak lemah</li> <li>Aktifitas klien sebagian dibantu keluarga</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Manajemen energi</li> </ol>	 Nurul Nafisa

**Tabel 3.8**  
**Catatan Perkembangan Pasien Dengan Gangguan Sirkulasi Pada Kasus Anemia Terhadap Ny. I di Ruang Fresia Lantai 4 Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi Lampung Utara Pada Tanggal 11 November 2022**

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
1	2	3	4
1.	<p>Tanggal 11 November 2022</p> <p>Pukul 14:30 WIB</p> <p>1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna)</p> <p>Pukul 14: 35 WIB</p> <p>1. Mengevaluasi kembali hasil transfusi</p> <p>2. Mengukur tanda-tanda vital</p> <p>3. Mengobservasi keadaan umum pasien</p> <p>4. Mendokumentasikan waktu transfuse</p> <p>5. Memberikan tranfusi darah kolf ke 3</p>	<p>Pukul 16:40 WIB</p> <p>S:</p> <p>1. klien mengatakan lemas berkurang</p> <p>O :</p> <p>1. Pengisian kapiler &lt;3 detik</p> <p>2. Akral teraba hangat</p> <p>3. Klien sudah tidak tampak pucat</p> <p>4. Turgor kulit elastis</p> <p>5. Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C</p> <p>6. Pasien terpasang transfusi darah kolf ke 3 dari jam 14.35-16.35</p> <p>7. Selesai transfusi pukul 16.35 WIB tidak ada respon negatif seperti pusing, nyeri dada, gatal, panas</p> <p>A : Perfusi perifer tidak efektif (masalah teratasi sebagian)</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	 Nurul Nafisa
2.	<p>Tanggal : 11 November 2022</p> <p>Pukul : 15.05 WIB</p> <p>1. Mengidentifikasi dampak mual atas kualitas hidup (misalnya nafsu makan, dan lamanya tidur)</p> <p>Pukul 15:16 WIB</p>	<p>Pukul 15:20 WIB</p> <p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan sudah tidak mual</p> <p>2. Klien mengatakan nafsu makannya membaik</p> <p>O :</p> <p>1. Klien tampak menghabiskan 1 porsi makan</p> <p>2. Klien tidak tampak pucat dan mual</p>	 Nurul Nafisa

No	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
1	2	3	4
	1. Memberikan obat. (inj. Ondansentron 3x1 4mg)	A : Nausea ( masalah teratasi)  P : Hentikan intervensi	
3.	Pukul : 14.30 WIB 1. Mengontrol pola jam tidur 2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	Pukul : 14.45 WIB S : 1. Klien mengatakan sudah tidak lemas 2. Klien mengatakan sudah tidak lemah  O : 1. Aktifitas klien sudah bisa melakukan secara mandiri 2. Klien sudah bisa ke toilet secara mandiri 3. Klien mengatakan waktu tidur cukup yaitu 7-8 jam/ hari  A : Masalah teratasi  P : Hentikan intervensi	 Nurul Nafisa