

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

Tanggal Pengkajian: 09 Maret 2021

A. Pengkajian

1. Biodata Pasien

Nama inisial klien : An. I
Tanggal Masuk RS : 09 Maret 2021
Waktu Pengkajian : 12.10 WIB
No. Rekam Medis : 24.76.34
Umur : 10 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-Laki

2. Biodata Penanggung Jawab

Nama inisial klien : Ny. A
Umur : 50 Tahun
Hubungan Dengan Klien : Nenek
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Alamat : Gunung Anggar, 01/01, Mulang Maya,
Kotabumi Selatan

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke RS diantar oleh nenek dan kakek nya pada tanggal 09 Maret 2021 untuk transfusi darah. Klien menderita Thalasemia dan rutin melakukan transfusi darah sejak usia 3 bulan. Dari hasil pengkajian didapatkan klien tampak pucat, konjungtiva anemis, akral dingin dan Hb 6,6. Nadi: 70x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu: 36,1°C. kesadaran *compos mentis*, berat badan 23 Kg, tinggi badan 110 cm.

4. Keluhan Utama Saat Pengkajian:

Klien tampak pucat.

5. Penampilan Umum

Saat dilakukan pengkajian kesadaran klien *compos mentis (E4V5M6)*. Tidak terdapat sianosis pada anak, konjungtiva anemis. Klien tidak memiliki riwayat penyakit dan riwayat pembedahan.

6. Pengkajian Respirasi:

Saat pengkajian didapatkan pernapasan klien 20x/menit. Tidak ada batuk, tidak ada suara napas tambahan, tidak terdapat sputum, tidak mengalami penurunan kesadaran, tidak menggunakan otot bantu napas.

7. Pengkajian Sirkulasi

Saat pengkajian didapatkan nadi klien 70x/menit. Tidak terdapat perdarahan, tidak terdapat distensi vena jugularis, klien tampak kelelahan, Pengisian kapiler 4 detik.

8. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Saat dilakukan pengkajian nutrisi data yang didapatkan, klien mengatakan tidak ada gangguan menelan, tidak tampak adanya sariawan, klien tidak mengalami diare, nafsu makan baik namun nenek klien mengatakan klien hanya menyukai ikan dan daging ayam serta semua sayur-sayuran. Tidak ada nyeri abdomen, bising usus normal 10x/menit. Ibu klien mengatakan klien sering minum air dingin sampai 2 L/hari. berat badan 23 kg, tinggi badan 110 cm.

9. Pengkajian Eliminasi

Saat pengkajian data yang didapatkan yaitu kandung kemih klien tidak teraba penuh, klien mampu mengontrol buang air kecil, urin keluar lancar dan normal, tidak ada gangguan perkemihan volume urin/hari. Klien bab 1 kali sehari.

10. Pengkajian Aktivitas dan Istirahat

Pada saat pengkajian klien tidak mengalami penurunan kekuatan otot, tidak mengalami kaku sendi, tidak ada nyeri dan cemas saat bergerak, klien mengatakan tidak bisa tidur jika menginap di ruang perawatan RS.

11. Pengkajian Neurosensori

Saat pengkajian klien mengatakan tidak sakit kepala, klien tidak mengeluh kesulitan menelan, klien terlihat tidak batuk setelah makan atau minum, klien mengatakan tidak pernah hematemesis (muntah darah).

12. Pengkajian Nyeri dan Kenyamanan

Saat pengkajian klien tidak mengatakan mengeluh nyeri dan gatal, klien tidak menangis atau meringis, klien tidak tampak berkeringat, klien tidak tampak mudah marah, klien tidak menarik diri dari lingkungan.

13. Pengkajian Psikologis

Saat pengkajian klien dan keluarga klien mengatakan: belum mengetahui tentang penyakitnya dan apa yang harus dilakukan untuk perawatan di rumah. Klien tampak tegang dan tampak gelisah saat dilakukan tindakan invasif pemasangan jalur infus ulang untuk sebagai jalur transfusi, klien tampak sedih karena disalahkan atas tetesan transfusi yang macet.

14. Pengkajian Tumbuh Kembang

Saat pengkajian pertumbuhan fisik klien tidak terganggu, status gizi klien normal dengan nilai *BMI* 19, bentuk kepala klien tidak makrocephal atau mikrocephal, klien tidak mengalami gangguan perkembangan, klien tidak mengalami gangguan pendengaran dan penglihatan, nenek klien mengatakan klien lahir cukup bulan atau tidak prematur. klien mengalami kelainan genetik yaitu thalasemia. Klien tidak mengalami gangguan mental.

15. Pengkajian Kebersihan Diri

Klien mampu mandi, berpakaian, makan, ke toilet dan berhias secara mandiri.

16. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Saat pengkajian klien tidak tampak mengalami kerusakan jaringan kulit, klien tidak kejang, kulit klien tidak kemerahan, kulit tidak teraba dingin, klien tidak menggigil, tidak terdapat luka operasi terbuka, Hb <kurang dari nilai normal yaitu 6,6. Klien tidak mengalami imobilisasi, klien dilakukan prosedur tindakan invasif yaitu transfusi darah, klien tidak memiliki riwayat jatuh.

17. Pengobatan

Pengobatan Pasien dengan Gangguan Sirkulasi pada Kasus Thalasemia Terhadap An. I di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Lampung Utara Tanggal 09 Maret 2021

Tabel 3.1
Penggunaan Obat

Nama obat	Dosis	Metode
Transfusi PRC	496,8	IV
Nacl		IV
Santa E	1x/hari 50 mg	Oral
Asam folat	1x/hari 5 mg	Oral
Ferriprox	1x/hari	Oral

18. Hasil Laboratorium

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pasien Dengan Gangguan Sirkulasi pada Kasus Thalasemia terhadap An. I di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Lampung Utara Tanggal 09 Maret 2021 yaitu didapatkan Hemoglobin 6,6 gr/dl dengan nilai normal seharusnya yaitu 12-16 gr/dl.

19. Analisa Data

Analisa Data Pasien dengan Gangguan Sirkulasi pada kasus Thalasemia terhadap An. I di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Lampung Utara Tanggal 09 Maret 2021.

Tabel 3.2
Analisa Data

No	Data	Masalah keperawatan	Etiologi
1	DS: - DO: 1. Pengisian kapiler 4 detik 2. Nadi perifer menurun 70x/menit 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. HB 6,6 mg/dl	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin
2	DS: - DO: 1. Klien tampak gelisah 2. Klien tampak tegang	Ansietas	Krisis situasional
3	DS: 1. Klien dan keluarga klien mengatakan: belum mengetahui tentang penyakitnya dan apa yang harus dilakukan untuk perawatan di rumah DO:	Defisit pengetahuan tentang manajemen penyakit kronis: thalasemia	Kurang terpapar informasi

B. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian di atas didapatkan diagnosa sebagai berikut:

(SDKI,2016)

1. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d: pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun, akral teraba dingin, warna kulit pucat.
2. Ansietas b.d krisis situasional d.d: klien tampak gelisah, dan klien tampak tegang,

3. Defisit pengetahuan tentang manajemen penyakit kronis yaitu thalasemia
b.d kurang terpapar informasi d.d: menanyakan masalah yang dihadapi.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.3

Rencana Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Sirkulasi Pada Kasus Thalasemia Terhadap An. I di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Lampung Utara Tanggal 09 Maret 2021

TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	(SIKI) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
1	2	3	4
09/03/2021	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d:</p> <p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun 70x/menit 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 	<p>Perfusi Perifer (L.02011)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Warna kulit pucat menurun 2. Pengisian kapiler membaik 3. Tekanan arteri rata-rata membaik 4. Akral membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Lakukan pencegahan infeksi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi Pemberian transfusi PRC 496,8 Santa E 50 mg dan asam folat 1x/hari 5 mg

1	2	3	4
09/3/2021	Ansietas b.d krisis situasional d.d: DS: DO: 1. Klien tampak gelisah 2. Klien tampak tegang	Tingkat ansietas (L.09093) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan: 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun	Reduksi ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 5. Pahami situasi yang membuat ansietas 6. Dengarkan dengan penuh perhatian 7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 8. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi 9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 10. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 11. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu 12. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

1	2	3	4
			13. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 14. Latih teknik relaksasi Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
09/3/2021	Defisit Pengetahuan tentang manajemen penyakit kronis yaitu thalasemia b.d kurang terpapar informasi d.d: DS: 1. Klien dan keluarga klien mengatakan: belum mengetahui tentang penyakitnya dan apa yang harus dilakukan untuk perawatan di rumah DO: -	Tingkat Pengetahuan (L.12111) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan: 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi Kesehatan (I. 12383) Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik: 2. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 3. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: 5. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 6. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat


D. Implementasi dan Evaluasi


Tabel 3.4


Catatan Perkembangan Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sirkulasi pada Kasus Thalasemia Terhadap An. I di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Lampung Utara Tanggal 09 Maret 2021


Catatan Perkembangan hari pertama tanggal 09 Maret 2021

NO	NO DX	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	1	<p>Tanggal 09-03-2021</p> <p>Pukul: 12:10</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna, dan suhu) 2. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 	<p>Tanggal 09-03-2021</p> <p>Pukul: 15:45</p> <p>S:</p> <p>-</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi 80x/menit 2. Pengisian kapiler <2 detik 3. Warna kulit pucat 4. Konjungtiva anemis 5. Suhu 36,5°c

1	2	3	4
		<p>3. Melakukan pencegahan infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memastikan alat-alat infasive steril (blood set) dan mencuci tangan, memasang sarung tangan serta membersihkan area penusukan IV Catheter dengan alcohol swab <p>4. Kolaborasi pemberian PRC</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan transfuse PRC 1 kantong: 250 cc b. Memberikan santa E 1x/hari 50 mg dan asam folat 1x/hari 5 mg c. Memberikan infus Nacl 0,9% 	<p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, pengisian kapiler, warna, dan suhu) 2. Lakukan pencegahahan infeksi <p style="text-align: center;">Paraf</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Yulistina</p>
	1	<p>Tanggal 09-03-2021</p> <p>Pukul: 20:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna, dan suhu) 2. Melakukan pencegahahan infeksi <ol style="list-style-type: none"> a. Memastikan transfusi set macet dan harus dilakukan penusukan iv catheter ulang 	<p>Tanggal 09-03-2021</p> <p>Pukul: 22:00</p> <p>S:</p> <p style="text-align: center;">-</p>

1	2	3	4
		<p>b. Memastikan alat-alat infasif steril (<i>blood set</i>) dan mencuci tangan, memasang sarung tangan serta membersihkan area penusukan IV Catheter dengan <i>alcohol swab</i></p> <p>c. Memeriksa adanya bengkak di area bekas pemasangan IV Catheter</p> <p>3. Kolaborasi pemberian PRC</p> <p>a. Memberikan transfuse PRC 1 kantong: 250 cc</p>	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi 90x/menit 2. Pengisian kapiler <3 detik 3. Warna kulit tidak pucat 4. Konjungtiva ananemis 5. Suhu 37,3°c 6. Tidak ada bengkak di area bekas pemasangan IV Catheter <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p> <p style="text-align: center;">Paraf</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Yulistina</p>
2.	2	<p>Tanggal 09-03-2021</p> <p>Pukul 20:07</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <ol style="list-style-type: none"> a. Klien tampak gelisah, terlihat meremas-remas jari-jari lengannya 	<p>Tanggal 09-03-2021</p> <p>Pukul: 21:46</p> <p>S:</p>

1	2	3	4
		<p>b. Klien tampak tegang saat akan dilakukan penusukan ulang IV Catheter pada lengan kanan nya karena sebelumnya IV catheter transfusi di lengan kiri macet</p> <p>2. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>a. Duduk disamping klien, dan berbincang dengan klien.</p> <p>3. Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan</p> <p>4. memahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>a. saat akan dilakukan tindakan infasif kerena tetesan transfusi darah sebelumnya macet</p> <p>b. tidak ada perbincangan dengan klien</p> <p>c. klien disalahkan atas selang transfusi yang macet karena aktif bergerak</p> <p>d. suasana sunyi</p> <p>5. Mendengarkan dengan penuh perhatian ketika klien bercerita</p> <p>6. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>7. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>8. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>a. Mengajak klien bercerita tentang hal-hal yang klien sukai</p>	<p>O:</p> <p>1. perilaku gelisah menurun</p> <p>2. perilaku tegang menurun</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p> <p>Paraf</p>  <p>Yulistina</p>

1	2	3	4
3.	3	<p>Tanggal 09-03-2021</p> <p>Pukul: 14:15</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan <ol style="list-style-type: none"> a. leaflet 3. menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. memberikan kesempatan untuk bertanya 5. menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 6. menganjurkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<p>Tanggal 09-03-2021</p> <p>Pukul: 16:30</p> <p>S:</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien dan keluarga tidak menanyakan masalah nya lagi 2. Klien dan keluarga mampu menjelaskan pengetahuan tentang thalasemia <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: center;">Paraf</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Yulistina</p>