

## **BAB III**

### **LAPORAN STUDI KASUS**

Di Ruang Fresia RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara dengan No. MR/CM 120621, pukul 07.35 WIB, tanggal 02 Maret 2022 terdapat pasien bernama Ny. S berusia 61 tahun dengan diagnosa medis anemia.

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

##### 1. Data Dasar

###### a. Identitas Pasien

Nama inisial klien : Ny. S  
Umur : 61 Tahun  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA (Sekolah Menengah Atas)  
Alamat Rumah : Tanjung Raja 01/02 Sungkai Barat  
Tanggal Masuk RS : 02 Maret 2022

###### b. Sumber Informasi

Nama : Ny. R  
Umur : 28 Tahun  
Hubungan dengan klien : Anak Kandung  
Pendidikan : SMA (Sekolah Menengah Atas)  
Pekerjaan : Wiraswasta

## 2. Riwayat Kesehatan

### a. Riwayat Kesehatan Masuk RS:

Klien datang ke IGD RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara pada tanggal 02 Maret 2022 pukul 06.00 WIB diantar oleh keluarganya pada saat pengkajian klien dengan keluhan lemas, sesak napas, klien mengeluh gelisah, klien khawatir dengan kondisinya, klien mengeluh pusing, klien merasakan mudah lemas sejak 3 hari yang lalu sebelum masuk RS. Hasil pemeriksaan fisik disaat di IGD didapatkan:

Tekanan darah	: 90/60 mmHg	SPO <sub>2</sub>	: 95%
Nadi	: 123x/menit	Hb	: 4.gr/dl
Pernafasan	: 30x/menit	GCS	: E4 M6 V5
Suhu	: 36,5 <sup>0</sup> c		
Kesadaran	: Kompos metis		

### b. Riwayat Kesehatan Saat Pengkajian

#### 1) Keluhan Utama

Klien mengeluh sesak napas dan lemas, keluhan sesak napas dan lemas semakin parah jika klien banyak beraktifitas, klien merasakan mudah lelah sejak 3 Hari yang lalu sebelum masuk ke RS. Hal ini menyebabkan klien tidak dapat beraktifitas seperti biasanya.

#### 2) Keluhan penyerta

Klien mengeluh khawatir dengan kondisinya, sesak napas, gelisah, lemah, nafsu makan menurun, gemetaran, pusing, sulit untuk tidur, penglihatan kabur.

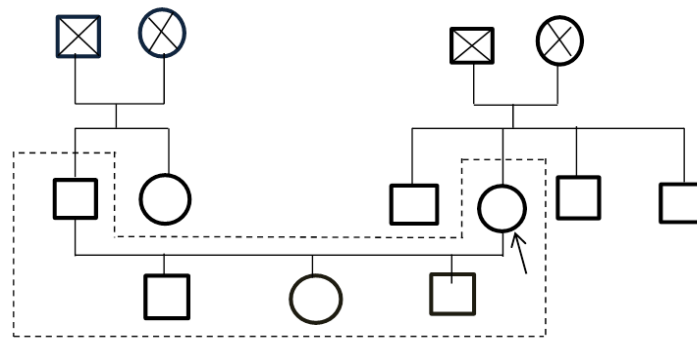
c. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan tidak ada reaksi alergi. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit anemia sebelumnya, klien tidak pernah di rawat di RS sebelumnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Gambar 3.1

Genogram Ny. S



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

— : Garis perkawinan

┆ : Garis keturunan

----- : Tinggal serumah

⊗ : Meninggal

↗ : Pasien

### 3. Riwayat psikososial-spiritual

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan merasa khawatir dengan penyakitnya, klien takut jika penyakitnya tidak kunjung sembuh. Dan untuk menghadapi stres klien meminta bantuan kepada keluarganya. Klien selalu mendapat suport atau dukungan dari keluarga untuk kesembuhan penyakitnya. Klien masih dapat berkomunikasi dengan baik seperti saat sebelum sakit.

### 4. Lingkungan

#### a. Rumah

Klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, rumah klien jauh dari pabrik, bebas dari polusi udara, dan tidak ada bahaya

#### b. Pekerjaan

Klien bekerja sebagai ibu rumah tangga

### 5. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

#### a. Pola nutrisi dan cairan (sebelum dan saat sakit)

##### 1) Pola nutrisi

Sebelum sakit :

Klien mengatakan makan melalui oral, makan 3 kali sehari dalam porsi yang cukup, klien nafsu makan. Klien mengatakan tidak dalam program diet serta tidak ada alergi atau pantangan terhadap makanan.

Klien biasa makan dengan nasi, sayur dan lauk pauk serta buah jika ada. Sebelum sakit berat badan klien 56 kg

Saat sakit :

Klien tetap makan melalui oral, makan 3 kali sehari dengan ½ porsi.

Selama sakit klien diberi jenis makanan yang mudah dicerna. Saat

sakit klien tetap makan nasi, sayur, lauk pauk dan buah. Berat badan

klien 54 kg

## 2) Pola cairan

Sebelum sakit :

Klien mengatakan minum melalui oral dengan dengan jenis air putih

sebanyak 8 gelas/hari

Saat sakit :

Klien mengatakan minum melalui oral sebanyak 4 gelas/hari jenis air

putih, dan diberikan cairan infus di RS RL 20 tpm

## b. Pola eliminasi (sebelum dan saat sakit)

### 1) BAK

Sebelum sakit :

Klien mengatakan tidak sulit kencing dengan frekuensi 6-7 kali/hari.

Waktunya pagi, siang, sore dan malam hari, berwarna kuning jernih

dengan bau khas (bau amonia)

Saat sakit :

Klien BAK sebanyak 6-7 kali/hari pada pagi, siang, sore dan malam

hari. Klien mengatakan urine berwarna jernih kekuningan dan

berbau khas urine, tidak terdapat keluhan saat BAK

## 2) BAB

Sebelum sakit :

Klien mengatakan BAB 2 kali sehari dengan konsistensi lembek, berwarna kuning bau khas feses

Saat sakit :

Klien mengatakan BAB 1 kali selama dirawat di RS, tidak ada perdarahan saat BAB, konsistensi sedikit keras berwarna kuning dan berbau

c. Pola *personal hygiene*

## 1) Sebelum sakit :

Klien mandi sebanyak 2x/hari, melakukan oral *hygiene* sebanyak 2x/hari pada saat mandi, dan mencuci rambut setiap mandi

## 2) Saat sakit :

Klien hanya diusap dengan kain basah, klien melakukan oral *hygiene* sebanyak 1x/hari pada pagi hari dan belum pernah mencuci rambut selama di rawat di RS

## d. Pola istirahat dan tidur

## 1) Sebelum sakit :

Klien mengatakan tidur 7-8 jam, pada siang hari dan malam hari, klien tidak mengalami kesulitan dalam tidur

## 2) Saat sakit:

Klien mengatakan tidur 5-6 jam waktu siang dan malam hari, klien mengatakan sulit tidur, klien mudah terbangun, tidak cukup tidur dan tampak lesu, mata klien tampak sayu dan berkantung.

e. Pola aktivitas dan latihan

1) Sebelum sakit :

Klien setiap hari mengerjakan kerjaan rumah tangga, tidak ada keluhan saat beraktivitas , klien mampu untuk mandi, menggunakan pakaian, berhias, BAK, BAB, makan, minum secara mandiri

2) Saat sakit :

Klien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya. Saat sakit klien mengalami keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari hari,klien hanya terbaring ditempat tidur, kegiatan klien dibantu oleh keluarganya.

f. 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 Rumah Sakit untuk mendapatkan pengobatan. Klien tidak merokok dan tidak minum minuman keras

g. Pola seksual dan produksi

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

6. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan umum

Kesadaran kompos mentis, tekanan darah : 90/60 mmHg, nadi: 123x/menit, pernafasan : 30x/menit, suhu: 36,5°C, tb 160 cm, bb 54 kg.

## b. Pemeriksaan Fisik Per Sistem

### 1) Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, sklera jernih, pupil isokor, lapang pandang baik, tidak terdapat tanda-tanda peradangan pada mata, tidak menggunakan alat bantu, penglihatan klien kabur dan berkantung, klien tampak lesu, mata klien tampak sayu.

### 2) Sistem Pendengaran

Telinga tampak simetris, karakteristik serumen berwarna kuning lembek, tidak ada tanda peradangan, tidak ada cairan, fungsi pendengaran baik, tidak ada pemakaian alat bantu, dan tidak ada keluhan

### 3) Sistem Wicara

Pada saat dilakukan pengkajian tidak ada gangguan/masalah pada system wicara klien

### 4) Sistem Pernapasan

Klien mengeluh sesak, frekuensi napas 30x/menit. Irama vesikular tidak ada suara napas tambahan, tidak ada batuk, napas klien tidak berbau, klien menggunakan alat bantu napas, klien terpasang oksigen



5) Sistem Kardiovaskular

Saat dilakukan pengkajian nadi teraba lemah, frekuensi nadi 123x/menit, warna kulit klien pucat, akral dingin, tidak terdapat edema, klien mengeluh lemah, lemas dan gemeteran

6) Sistem Neurologi

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

7) Sistem Pencernaan

Saat dilakukan pengkajian keadaan mulut klien bersih, tidak ada kesulitan menelan, klien tidak muntah, tidak terdapat nyeri pada abdomen

8) Sistem Imunologi

Pada saat dilakukan pengkajian klien tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

9) Sistem Endokrin

Tidak terdapat luka, tidak tremor, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada tanda-tanda peningkatan kadar gula darah

10) Sistem Urogenital

Tidak ada keluhan distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, tidak menggunakan kateter urine

11) Sistem Integument

Kekuatan rambut normal, berwarna hitam. Keadaan kuku bersih. Kulit tampak pucat, akral dingin, turgor kulit menurun, tidak terdapat tanda-tanda radang dan tidak ada luka

## 12) Sistem Muskuloskeletal

Klien mengalami kelemahan, klien dibantu keluarga dalam melakukan kegiatan sehari-hari, klien hanya tampak berbaring ditempat tidur.

Klien mengalami penurunan kekuatan otot/kemampuan motorik.

Anggota tubuh klien dapat digerakkan dan dapat pula menahan sedikit tahanan yang di berikan.

## 7. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.1  
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. S di Ruang Fresia Lantai 3  
Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi Lampung Utara

No	Pemeriksaan	Hasil Test	Nilai Normal
1	Hemoglobin	4.gr/dl	12-15 gr/dl
2	Leukosit	7000/ul	4000-10.000/ul
3	Golongan darah	B	
4	Trombosit	327,000sel/ul	150,000-400,000 sel/ul
5	Ureum	43 mg/dl	43 mg/dl
6	Kreatinin	1,5 mg/dl	1,5 mg/dl

## 8. Pengobatan

Tabel 3.2  
Pengobatan pada Ny.S Di Ruang Freesia lantai 3  
Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi Lampung Utara

No	02 Maret 2022	03 Maret 2022	04 Maret 2022
1	Sukralfat 3x1 per oral	Sukralfat 3x1 per oral	Sukralfat 3x1 per oral
2	Dexamethasone 2 ml 1x1 iv	Dexamethasone 1x1 2 ml iv	Dexamethasone 1x1 2 ml iv

No	02 Maret 2022	03 Maret 2022	04 Maret 2022
3	Emibion 1x1 per oral	Emibion 1x1 per oral	Emibion 1x1 per oral
4	Ringer Laktat 500 ml 20 tpm NaCl 0,9% 200 ml 20 tetes/menit Transfusi darah 1 kantong 200 cc	Ringer Laktat 500ml 20 tpm NaCl 0,9% 200 ml 20 tetes/menit Transfusi darah 1 kantong 200 cc	Ringer Laktat 500ml 20 tpm NaCl 0,9% 200 ml 20 tetes/menit Transfusi darah 1 kantong 200 cc

## B. Data Fokus

Tabel 3.3  
Hasil pengkajian pada Ny. S

Data Subjektif	Data Objektif
1. Klien mengeluh lemas	1. TTV : td : 90/60 mmHg, nadi : 123x/menit, pernafasan : 30x/menit, suhu : 36,5 <sup>0</sup> C
2. Klien mengeluh sesak nafas	2. Kesadaran : compos mentis
3. Klien mengatakan sesak setelah beraktivitas	3. GCS : E4M6V5
4. Klien mengeluh gelisah	4. SPO <sub>2</sub> : 95%
5. Klien mengeluh lemah	5. TB/BB: 160 cm/54 kg
6. Klien mengeluh mudah lelah	6. CRT : >3 detik
7. Klien mengatakan nafsu makan menurun	7. Klien menggunakan oksigen nasal kanul
8. Klien mengatakan gemeteran	8. Klien tampak lemah
9. Klien mengatakan pusing	9. Klien makan setengah porsi
10. Klien mengatakan penglihatan kabur	10. Klien tampak lesu
11. Klien mengatakan tidur hanya	11. Mata klien tampak sayu
12. 5-6 jam waktu siang dan malam hari	12. Mata berkantung
13. Klien mengatakan sulit tidur	13. Sebelum sakit bb klien 56 kg, dan setelah sakit bb klien 54 kg
14. Klien mudah terbangun tidak cukup tidur	14. Kulit klien tampak pucat
	15. Akral dingin
	16. Konjungtiva anemis
	17. Klien hanya terbaring ditempat tidur
	18. Aktivitas klien dibantu oleh keluarganya
	19. Kekuatan otot melemah tetapi dapat digerakan melawan gravitasi dan dapat pula menahan sedikit tahanan yang diberik an
	20. Terpasang oksigen 4 lpm
	21. Transfusi darah 1 kantong/hari

### C. Analisa Data

Tabel 3.4  
Analisa Data Dari Hasil Pengkajian Ny. S  
Di Ruang Fresia Lantai 3 RSUD Handayani Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh sesak untuk bernapas saat melakukan aktivitas dan tanpa melakukan aktivitas</li> <li>2. Klien mengatakan pusing</li> <li>3. Klien mengatakan penglihatan kabur</li> <li>4. Klien mengeluh gelisah karena memikirkan penyakitnya</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien menggunakan alat bantu nafas yaitu terpasang oksigen nasal kanul</li> <li>2. Pernapasan: 30x/menit</li> <li>3. Terpasang oksigen 4 lpm</li> <li>4. Warna kulit tampak pucat</li> </ol>	Gangguan pertukaran gas	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
2.	<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. Kulit klien tampak pucat</li> <li>2. Akral dingin</li> <li>3. Konjungtiva anemis</li> <li>4. Tekanan darah: 90/60mmHg</li> <li>5. Nadi 123x/menit</li> <li>6. Suhu 36,5°C</li> <li>7. SPO<sub>2</sub> 95%</li> <li>8. Hb 4.gr/dl</li> <li>9. CRT: &gt;3 detik</li> <li>10. Terapi oral Emibion 1x1 per oral</li> <li>11. Terapi IVFD RI 500ml 20 tetes/menit NaCl 0,9% 200 ml 20 tpm Transfusi darah 1 kantong</li> </ol>	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin

No	Data	Masalah	Etiologi
3.	DS: 1. Klien mengeluh lemah 2. Klien mengeluh mudah lelah 3. Klien mengatakan gemeteran 4. Klien mengatakan sesak setelah beraktivitas  DO: 1. Klien tampak lemah 2. Klien hanya terbaring ditempat tidur 3. Aktivitas klien dibantu oleh keluarganya 4. Kekuatan otot melemah tetapi dapat digerakan melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan 5. Terapi dexamethasone 1x1 2 mg iv	Intoleransi aktivitas	Kelemahan
4.	DS: 1. Klien mengatakan nafsu makan menurun 2. Klien mengeluh lemas  DO: 1. Klien makan setengah porsi 2. TB/BB : 160cm/54kg 3. Klien tampak pucat 4. Terapi sukralfat 3x1 per oral	Defisit nutrisi	Kurangnya asupan makanan
5.	DS: 1. Klien mengatakan tidur hanya 5-6 jam waktu siang dan malam hari 2. Klien mengatakan sulit tidur 3. Klien mudah terbangun tidak cukup tidur  DO: 1. Klien tampak lesu 2. Mata klien tampak sayu 3. Mata berkantung	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur

#### **D. Diagnosa Keperawatan**

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi perfusi ditandai dengan klien mengeluh sesak untuk bernapas saat melakukan aktivitas dan tanpa melakukan aktivitas, klien mengatakan pusing, klien mengatakan penglihatan kabur, klien mengeluh gelisah, klien menggunakan alat bantu napas yaitu terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm, pernapasan : 30x/menit, warna kulit klien tampak pucat.
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan Klien mengeluh lemas, kulit klien tampak pucat, akral dingin, konjungtiva anemis, tekanan darah : 90/60 mmHg, nadi 123x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, SPO2 95%, Hb 4.gr/dl, CRT : >3 detik, pemberian obat emibion 1x1 per oral, RI 500 ml 20 tetes/menit, NaCl 0,9% 200 ml 20 tpm, transfusi darah 1 kantong.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengeluh lemas, klien mengeluh lemah, klien mengeluh mudah lelah, klien mengatakan gemeteran, klien mengatakan sesak setelah beraktivitas, klien tampak lemah, klien hanya terbaring ditempat tidur, aktivitas klien dibantu oleh keluarganya, kekuatan otot melemah tetapi dapat digerakan melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan, diberi terapi dexamethasone 1x1 2 mg iv.
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan klien mengatakan nafsu makan menurun, klien

mengeluh lemas, klien makan hanya ½ porsi, TB/BB : 160cm/54kg, klien tampak pucat, terapi sukralfat 3x1 per oral.

5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan klien mengatakan tidur hanya 5-6 jam waktu siang dan malam hari, klien mengatakan sulit tidur, klien mudah terbangun tidak cukup tidur, klien tampak lesu, mata klien tampak sayu, mata berkantung.

## E. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5  
Rencana Keperawatan Terhadap Ny. S  
di Ruang Fresia Lantai 3 RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan/ SLKI	Rencana Tindakan (SIKI)
1	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi perfusi :</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh sesak untuk bernapas saat melakukan aktivitas dan tanpa melakukan aktivitas</li> <li>2. Klien mengatakan pusing</li> <li>3. Klien mengatakan penglihatan kabur</li> <li>4. Klien mengeluh gelisah karena</li> <li>5. memikirkan penyakitnya</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien menggunakan alat bantu napas yaitu terpasang oksigen nasal kanul</li> <li>2. Pernapasan : 30x/menit</li> <li>3. Terpasang oksigen 4 lpm</li> <li>4. Warna kulit tampak pucat</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan Pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak sesak napas</li> <li>2. Klien tidak gelisah</li> <li>3. Pola napas normal</li> <li>4. Pernapasan 21x/menit</li> </ol>	<p>Pemantauan respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa frekuensi, irama dan kedalaman napas</li> <li>2. Memeriksa pola napas</li> <li>3. Memeriksa saturasi oksigen</li> </ol> <p>Terapi oksigen (I.01026)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa kecepatan aliran oksigen</li> <li>2. Memeriksa posisi alat terapi oksigen</li> <li>3. Memeriksa aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kepatenan jalan napas</li> </ol>



No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan/ SLKI	Rencana Tindakan (SIKI)
2	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin :</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. Kulit klien tampak pucat</li> <li>2. Akral dingin</li> <li>3. Konjungtiva anemis</li> <li>4. Tekanan darah : 90/60mmHg</li> <li>5. Nadi : 123x/menit</li> <li>6. Suhu : 36,5°C</li> <li>7. SPO<sub>2</sub> : 95%</li> <li>8. Hb : 4.gr/dl</li> <li>9. CRT : &gt; 3 detik</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2. Otot tidak lemah</li> <li>3. Pengisian kapiler membaik</li> <li>4. Akral tidak dingin</li> <li>5. Tekanan darah normal</li> </ol>	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi :</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</li> <li>3. Pantau TTV (nadi, pernapasan, suhu, saturasi oksigen)</li> </ol> <p>Manajemen cairan (I.03098)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (hemoglobin)</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan</li> <li>2. Berikan cairan intravena</li> </ol> <p>Kolaborasi : Kolaborasi pemberian obat</p> <p>Transfusi darah (I.02089)</p> <p>Obsevasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi rencana transfusi</li> <li>2. Monitor tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah transfusi</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengecekan ganda (double check) pada label darah</li> <li>2. Berikan NaCl 0,9% 200ml 20 tpm sebelum transfusi dilakukan</li> <li>3. Atur kecepatan aliran transfusi dalam 2-4 jam</li> <li>4. Dokumentasi tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfusi</li> </ol>


No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan/ SLKI	Rencana Tindakan (SIKI)
3	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan :</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh lemah</li> <li>2. Klien mengeluh mudah lelah</li> <li>3. Klien mengatakan gemetaran</li> <li>4. Klien mengatakan sesak setelah beraktivitas</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemah</li> <li>2. Klien hanya terbaring ditempat tidur</li> <li>3. Aktivitas klien dibantu oleh keluarganya</li> <li>4. Kekuatan otot melemah tetapi dapat digerakkan melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari</li> <li>2. Kekuatan tubuh bagian atas bertambah</li> <li>3. Kekuatan tubuh bagian bawah bertambah</li> <li>4. Tidak mengeluh lelah</li> <li>5. Perasaan tidak lemah</li> <li>6. Frekuensi nadi membaik</li> <li>7. Warna kulit tidak pucat</li> <li>8. Saturasi oksigen membaik</li> <li>9. Frekuensi napas tidak dangkal</li> </ol>	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Mengatur pola dan jam tidur</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan latihan rentang gerak</li> <li>2. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>3. Kolaborasi pemberian obat</li> </ol>


## F. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan


Tabel 3.6  
Catatan Perkembangan Terhadap Ny. S dengan Diagnosa Medis Anemia  
di Ruang Fresia Lantai 3 RSUD Handayani Tanggal 03 Maret-05 Maret 2022

Hari pertama


No.Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	<p>Tanggal : 02 Maret 2022 Pukul : 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Memeriksa frekuensi, irama, dan kedalaman napas</li> <li>2 Memeriksa pola napas</li> <li>3 Memeriksa saturasi oksigen</li> </ol> <p>Pukul : 09.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Memberikan oksigen 4 lpm</li> <li>2 Memeriksa kecepatan aliran oksigen</li> <li>3 Memeriksa aliran oksigen secara periodik da pastikan fraksi yang diberikan cukup</li> <li>4 Mempertahankan kepatenan jalan napas</li> </ol>	<p>Tanggal : 02 Maret 2022 Pukul : 09.40 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan masih mengeluh sesak saat hendak ke kamar mandi</li> <li>2. Klien mengatakan masih pusing</li> <li>3. Klien mengatakan penglihatan masih kabur</li> <li>4. Klien merasa tenang</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien menggunakan alat bantu napas yaitu terpasang oksigen nasal kanul</li> <li>2. klien terpasang oksigen 4 lpm</li> <li>3. pernapasan 30x/menit</li> </ol>	


No.Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
		<p>Pukul 09.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kecepatan oksigen klien 4 liter per menit</li> <li>2. aliran oksigen yang diberikan kepada klien cukup</li> <li>3. tidak ada hambatan jalan napas</li> </ol> <p>A :</p> <p>Gangguan pertukaran gas (masalah belum teratasi)</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa frekuensi, irama dan kedalaman napas</li> <li>2. Periksa pola napas</li> <li>3. Periksa saturasi oksigen</li> <li>4. Periksa kecepatan aliran oksigen</li> </ol>	<p>Perawat</p>  <p>Nur Baiti</p>
2.	<p>Tanggal : 02 Maret 2022</p> <p>Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>2. Memantau TTV (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, saturasi oksigen)</li> </ol> <p>Pukul 10.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (hemoglobin)</li> <li>2. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan</li> </ol>	<p>Tanggal : 02 Maret 2022</p> <p>Pukul: 11.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien masih lemas</li> <li>2. Klien mengatakan merasa ngantuk dan mual setelah minum obat</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kulit klien masih tampak pucat</li> <li>2. akral masih teraba dingin</li> <li>3. konjungtiva klien masih tampak anemis</li> </ol>	

No.Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
	<p>3. Memberikan cairan intravena Ringer Laktat 500ml 20 tetes/menit</p> <p>4. Mengkolaborasi pemberian obat, emibion 1x1 per oral</p> <p>Pukul 10.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi rencana transfusi</li> <li>2. Memberikan NaCl 0,9% 200ml 20 tpm</li> <li>3. Mengatur kecepatan aliran transfusi selama 2-4 jam</li> <li>4. Mendokumentasi tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfusi</li> </ol>	<p>4. Hasil pemeriksaan TTV : tekanan darah : 90/60 mmHg, nadi : 123x/menit, suhu : 36,5<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub> : 95%</p> <p>Pukul : 11.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil Hb : 4.gr/dl</li> <li>2. Terdapat efek samping yang terjadi pada klien yaitu ngantuk dan mual</li> </ol> <p>A : Perfusi perifer tidak efektif (masalah belum teratasi)</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau TTV</li> <li>2. Monitor hasil pemeriksaan laboratprium (hemoglobin)</li> <li>3. Berikan cairan intravena RL 500ml, 20 tetes/menit</li> <li>4. Kolaborasi pemberian obat, emibion 1x1 per oral, Rl 500 ml 20 tpm, NaCl 0,9% 200 ml 20 tpm, transfusi darah 1 kantong</li> <li>5. Identifikasi rencana transfusi</li> </ol>	<p>Perawat</p>  <p>Nur Baiti</p>
3.	<p>Tanggal : 02 Maret 2022</p> <p>Pukul : 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatur pola dan jam tidur</li> <li>2. Melakukan latihan rentang gerak</li> <li>3. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol>	<p>Tanggal : 02 Maret 2022</p> <p>Pukul : 13.15 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien masih mengeluh lemah</li> <li>2. Klien masih mengeluh lelah</li> </ol>	


No.Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
	<p>4. Menganjurkan untuk tirah baring</p> <p>5. Menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>6. Mengkolaborasi pemberian obat, dexamethasone 1x1 2mg iv</p>	<p>3. Klien mengatakan masih gemeteran</p> <p>4. Klien mengatakan tidak ada efek samping yang dirasakan setelah diberi obat</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien masih tampak lemah</li> <li>2. Kulit klien masih tampak pucat</li> <li>3. Klien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>4. Klien aktivitas masih dibantu oleh keluarganya</li> <li>5. Kekuatan otot klien masih melemah tetapi dapat digerakkan melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan</li> <li>6. Tidak terdapat efek samping yang dialami klien setelah diberi obat</li> </ol> <p>A :Intoleransi aktivitas (masalah belum teratasi)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatur pola dan jam tidur</li> <li>2. Lakukan latihan rentang gerak</li> <li>3. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>4. Kolaborasi pemberian obat dexamethasone 1x1 2 mg iv</li> </ol>	<p>Perawat</p>  <p>Nur Baiti</p>

Hari kedua


No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
1.	<p>Tanggal : 03 Maret 2022 Pukul : 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa frekuensi, irama dan kedalaman napas</li> <li>2. Memeriksa pola napas</li> <li>3. Memeriksa saturasi oksigen</li> <li>4. Memeriksa kecepatan aliran oksigen dan memberikan aliran oksigen 3 liter per menit</li> </ol>	<p>Tanggal : 03 Maret 2022 Pukul : 09.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sesak mulai berkurang</li> <li>2. Klien mengatakan pusing mulai berkurang</li> <li>3. Klien tidak gemetaran</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien menggunakan alat bantu napas yaitu terpasang oksigen nasal kanul</li> <li>2. Pernapasan 24x/menit</li> <li>3. Kecepatan oksigen klien 3 liter per menit</li> <li>4. Aliran oksigen yang diberikan kepada klien cukup</li> </ol> <p>A : Gangguan pertukaran gas (masalah teratasi sebagian)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa frekuensi, irama, dan kedalaman napas</li> <li>2. Periksa kecepatan aliran oksigen</li> </ol>	<p>Perawat</p>  <p>Nur Baiti</p>


No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
2.	<p>Tanggal : 03 Maret 2022 Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau TTV (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, saturasi oksigen)</li> <li>2. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (hemoglobin)</li> </ol> <p>Pukul 10.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan cairan intravena Ringer Laktat 500ml 20 tetes/menit</li> <li>2. Mengkolaborasi pemberian obat, emibion 1x1 per oral</li> </ol> <p>Pukul 10.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi rencana transfusi</li> <li>2. Memonitor tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah transfusi</li> <li>3. Melakukan pengecekan ganda produk darah</li> <li>4. Memberikan NaCl 0,9% 200 ml sebelum transfusi dilakukan</li> <li>5. Mengatur kecepatan aliran transfusi darah selama 4 jam</li> <li>6. Mendokumentasi tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfusi</li> </ol>	<p>Tanggal : 03 Maret 2022 Pukul : 10.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan masih lemas</li> <li>2. Klien mengatakan merasa ngantuk setelah diberi obat</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kulit klien tidak tampak pucat</li> <li>2. Akral tidak teraba dingin</li> <li>3. Konjungtiva klien masih tampak anemis</li> <li>4. Hasil pemeriksaan TTV: Tekanan darah: 130/60 mmHg, nadi: 110x/menit, suhu: 36,5<sup>0</sup>C, SPO2: 96%, hasil Hb: 10. gr/dl</li> <li>5. Terdapat efek samping yang terjadi pada klien yaitu mengantuk</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. Pantau TTV</li> <li>2. Monitor hasil pemeriksaan laboratprium (hemoglobin)</li> <li>3. Berikan cairan intravena</li> <li>4. Kolaborasi pemberian obat, emibion 1x1 per oral , RI 500 ml 20 tpm, NaCl 0,9% 200 ml 20 tpm, tranfusi darah 1 kantong</li> <li>5. Identifikasi rencana transfusi</li> </ol>	<p>Perawat</p>  <p>Nur Baiti</p>




No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
3.	<p>Tanggal : 03 Maret 2022 Pukul : 13.00</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatur pola dan jam tidur</li> <li>2. Melakukan latihan rentang gerak</li> <li>3. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>4. Mengkolaborasi pemberian obat, dexamethasone 1x1 2mg iv</li> </ol>	<p>Tanggal : 03 Maret 2022 Pukul : 13.30</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien masih mengeluh lemah</li> <li>2. Klien tidak mengeluh lelah</li> <li>3. Klien tidak gemeteran</li> <li>4. Klien mengatakan tidak ada efek samping yang dirasakan setelah diberi obat</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien masih tampak lemah</li> <li>2. Kulit klien tidak pucat</li> <li>3. Klien aktivitas sebagian masih dibantu oleh keluarganya</li> <li>4. Kekuatan otot klien masih melemah tetapi dapat depergerakkan melawan gravitasi dan dapat menahan tahanan</li> <li>5. Tidak terdapat efek samping yang dialami klien setelah diberi obat</li> </ol> <p>A : Intoleransi aktivitas (masalah teratasi sebagian)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur pola dan jam tidur</li> <li>2. Lakukan latihan rentang gerak</li> <li>3. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>4. Kolaborasi pemberian obat dexamethasone 1x1 2 mg iv</li> </ol>	<p>Perawat</p>  <p>Nur Baiti</p>

Hari ketiga

No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
1.	<p>Tanggal : 04 Maret 2022 Pukul : 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa frekuensi, irama, dan kedalaman napas</li> <li>2. Periksa kecepatan aliran oksigen</li> </ol>	<p>Tanggal : 04 Maret 2022 Pukul : 09.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan tidak sesak</li> <li>2. Klien mengatakan tidak pusing</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tidak menggunakan alat bantu napas</li> <li>2. Pernapasan 21x/menit</li> <li>3. Tidak ada hambatan jalan napas</li> </ol> <p>A : Gangguan pertukaran gas (masalah teratasi)</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	<p>Perawat</p>  <p>Nur Baiti</p>
2.	<p>Tanggal : 04 Maret 2022 Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau TTV</li> <li>2. Memonitor hasil pemeriksaan laboratprium (hemoglobin)</li> <li>3. Memberikan cairan intravena</li> <li>4. Mengkolaborasi pemberian obat</li> </ol>	<p>Tanggal : 04 Maret 2022 Pukul : 10.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tidak merasa lemas</li> <li>2. Klien mengatakan merasa ngantuk setelah diberi obat</li> </ol>	

No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
	<p>Emibion 1x1 per oral            RI 500 ml 20 tpm            NaCl 0,9% 200 ml 20 tpm            Transfusi darah 1 kantong</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi rencana transfusi</li> <li>Memonitor tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah transfusi</li> <li>Melakukan pengecekan ganda produk darah</li> <li>Memberikan NaCl 0,9% 200 ml sebelum transfusi dilakukan</li> <li>Mengatur kecepatan aliran transfusi darah selama 4 jam</li> <li>Mendokumentasi tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfusi</li> </ol>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kulit klien tidak pucat</li> <li>Akral tidak teraba dingin</li> <li>Konjungtiva klien tidak tampak anemis</li> <li>Hasil pemeriksaan TTV: tekanan darah : 130/80 mmHg, nadi : 99x/menit, suhu : 36,2<sup>o</sup>C, SPO<sub>2</sub> : 99%, hasil Hb : 13.gr/dl</li> <li>Terdapat efek samping yang terjadi pada klien yaitu mengantuk</li> </ol> <p>A : perfusi perifer tidak efektif (masalah teratasi)</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	<p>Perawat</p>  <p>Nur Baiti</p>
3.	<p>Tanggal : 04 Maret 2022            Pukul : 11.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengatur pola dan jam tidur</li> <li>Melakukan latihan rentang gerak</li> <li>Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>Mengkolaborasi pemberian obat dexamethasone 1x1 2mg iv</li> </ol>	<p>Tanggal : 04 Maret 2022            Pukul : 11.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan tidak lemah</li> <li>Klien mengatakan tidak gemeteran</li> <li>Klien mengatakan tidak ada efek samping yang dirasakan setelah diberi obat</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tidak tampak lemah</li> <li>Kulit klien tidak pucat</li> <li>Klien aktivitas tidak dibantu oleh keluarganya</li> <li>Kekuatan otot tidak lemah dapat dipergesarkan melawan gravitasi</li> </ol>	

No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1	2	3	4
		<p>dan dapat menahan tahanan</p> <p>A : Intoleransi aktivitas (masalah teratasi)</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	<p>Perawat</p>  <p>Nur Baiti</p>