BAB III

LAPORAN TUGAS AKHIR

A. Pengkajian

1. Identitas Klien

   Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 Maret 2020 peada pukul 14.30 WIB. Klien masuk ke rumah sakit pada tanggal 08 Maret 2020. Nama klien dengan inisial nama Tn. A dengan Nomor Rekam Medis 222416. Klien berumur 69 tahun dirawat di Ruang Penyakit Dalam RSD Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Tn.A berjenis kelamin laki-laki dan beralamat di Ketapang dengan status perkawinan sudah menikah. Tn.A menganut agama islam, berpendidikan terakhir adalah Sekolah Dasar (SD) dan bekerja sebagai Tani, sumber biaya BPJS.

2. Sumber Informasi

   Sumber informasi dari anak klien yang bernama Tn.J, berumur 40 tahun, pendidikan terakhir Sekolah menengah Atas (SMA), pekerjaan Buruh, alamat Ketapang.

3. Riwayat kesehatan masuk RS

   Klien datang diantar oleh keluarganya dengan keluhan mudah lelah, lemas, mual, dan nyeri dibagian perut serta B.A.B kehitaman sudah 1 minggu yang lalu klien mengeluh lemas.

4. Riwayat kesehatan saat pengkajian

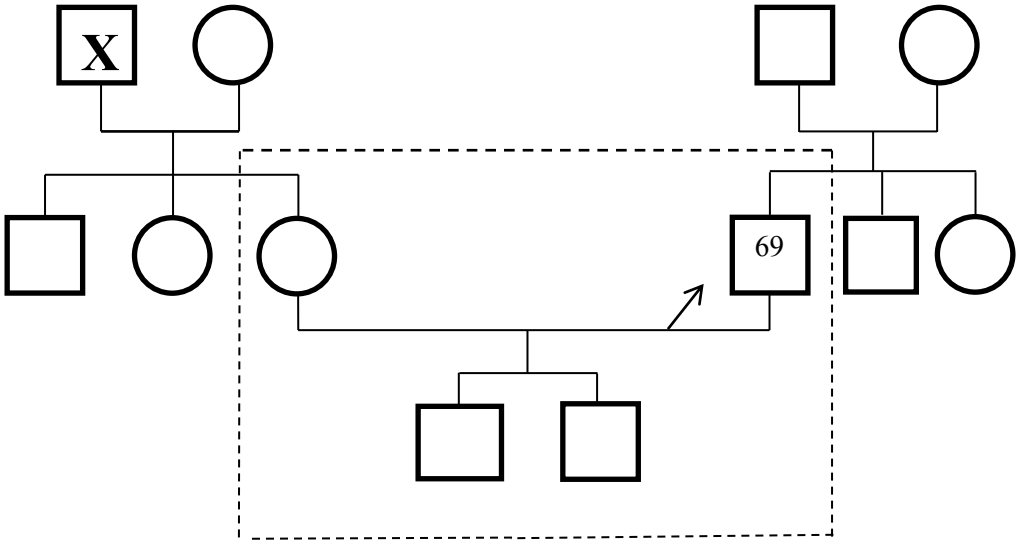
   Keluhan Utama, klien merasa mudah merasa lelah dan semakin terasa berat ketika klien melakukan aktivitas dan akan berkurang ketika klien beristirahat. Klien merasa nyeri di perut seperti di tusuk tusuk, dan B.A.B kehitaman semenjak 1 minggu yang lalu. Klien merasakan mudah lelah

akhir akhir ini sejak 3 minggu sebelum masuk RS. Hal ini menyebabkan klien tidak dapat beraktifitas seperti biasanya.

5. Riwayat kesehatan lalu

   Klien tidak ada riwayat alergi, tidak ada riwayat kecelakaan, tidak ada riwayat penyakit berat dan tidak ada riwayat operasi.

6. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan :

= Laki Laki

= Perempuan

= Garis Pernikahan

= Garis Keturunan

= Pasien

= Tinggal Serumah

X = Meninggal

7. Pola kebiasaan sehari hari

   a. Pola nutrisi dan cairan

Sebelum sakit, asupan makan klien oral, frekuensi makan 3 kali sehari, nafsu makan baik, tidak ada diit, makanan tambahan buah buahan. Tidak ada alergi makanan. Asupan cairan klien oral, jenis air putih, frekuensi kurang lebih 8 gelas per hari.

Saat sakit, asupan klien melalui oran dan parenteral, frekuensi makan 3 kali sehari tapi tidak habis, nafsu makan berkurang, makanan tambahan roti, klien mengalami penurunan berat badan 2 kg dari berat badan 70kg menjadi 68kg. Asupan cairan klien oral dan parenteral, jenis air putih dan cairan RL 20tpm dan Nacl 0.9%.

b. Pola Eliminasi

BAK sebelum sakit, rekuensi BAK 6-8 kali per hari, waktu pagi siang sore dan malam. Jumlah kurang lebih 1500 cc, warna khas urine, bau khas urine, tidak ada keluhan. BAB sebelum sakit, frekuensi BAB 1-2 kali sehari, waktu pagi siang dan malam. Warna khas feses, bau khas feses, konsistensi padat lunak, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan obat pencahar.

BAK saat sakit, frekuensi BAK 4-5 kali per hari, waktu pagi siang sore dan malam. Jumlah kurang lebih 800 cc, berwarna khas urine, bau khas urine, tidak ada keluhan. BAB saat sakit, frekuensi BAB 1-2 kali sehari, waktu pagi siang dan malam. Warna feses gelap kehitaman, bau khas feses, klien mengatakan feses keluar sedikit dikit.

c. Pola personal hygiene

Sebelum sakit, mandi 2 kali sehari, oral hygiene 2 kali sehari, cuci rambut 2 kali per hari. Saat sakit, mandi 2 kali sehari, oral hygiene 2 kali sehari, cuci rambut 1 kali per hari.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit, lama tidur klien kurang lebih 5-6 jam, waktu siang (tidak sering) dan malam hari, kebiasaan sebelum tidur tidak ada, kesulitan dalam hal tidur tidak ada.

Saat sakit, lama tidur klien kurang lebih 4-6 jam, waktu siang dan malam hari, kebiasaan sebelum tidur tidak ada, kesulitan dalam hal tidur sering mudah terbangun karna nyeri dan merasa tidak puas setelah bangun. Klien tampak lesu, lelah dan fisik lemah.

e. Pola aktifitas dan latihan

Sebelum sakit, kegiatan dalam pekerjaan adalah tani, waktu bekerja siang hari sampai sore hari, tidak ada keluhan dalam beraktifitas, dan tidak ada keterbatasan gerak.

Saat sakit, kegiatan dalam pekerjaan tidak ada, waktu bekerja tidak ada, mengeluh nyeri pada perut sehingga mengganggu dalam beraktifitas, mudah merasa lelah dan lemah, kepala terasa pusing, pandangan kunang-kunang dan ada keterbatasan gerak karna nyeri. Aktivitas dibantu oleh keluarga

f. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien tidak mengetahui tentang penyakitnya, tindakan keluarga adalah membawa ke RS, tidak ada kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan seperti merokok dan minuman keras, klien tidak ketergantungan obat.

8. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Kesadaran composmentis, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5^{0}C, TB/BB 165cm/68 kg.

b. Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, sklera ikterik, pupil isokor, tidak ada tanda radang, tidak memakai alat bantu, klien mengatakan pandangannya seperti kunang-kunang.

c. Sistem Pendengaran

Posisi telinga simetris, tidak ada tanda radang, tidak ada cairan dari telinga, fungsi pendengaran baik, tidak memakai alat bantu, tidak ada keluhan lain.

d. Sistem wicara

Klien tidak ada kesulitan dalam berbicara.

e. Sistem pernafasan

Jalan nafas normal tidak ada hambatan, tidak ada keluhan, frekuensi 20x/menit, tidak ada suara nafas tambahan, tidak batuk, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem kardiovaskuler

Nadi 80x/menit, irama teratur, temperatur kulit dingin, warna kulit pucat, CRT > 3 detik, bunyi jantung normal, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada keluhan.

g. Sistem *neurologi*

GCS (E4 V5 M6)

h. Sistem pencernaan

Keadaan mulut bersih, tidak kesulitan menelan, nyeri daerah perut, nyeri seperti ditusuk tusuk, penyebaran nya sampai ke perut bagian bawah, skala nyeri 7 seperti ditusuk tusuk (0-10).

i. Sistem imunologi

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

j. Sistem endokrin

Nafas tidak bau keton, tidak ada luka, tidak tremor, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

k. Sistem urogenital

Tidak ada distensi kandung kemih, tidak menggunakan kateter, B.A.K klien tidak ada keluhan.

l. Sistem integumen

Rambut bersih, kuku bersih, kulit bersih, tidak ada tanda tanda radang pada kulit, tidak ada tanda tanda pendarahan.

m. Sistem muskuloskeletal

Tidak ada sakit pada tulang atau sendi, tidak ada tanda fraktur, tidak ada kontraktur, tonus otot kuat, kekuatan otot normal.

5555	5555
5555	5555

Kekuatan otot 5 adalah mamapu melawan gravitasi dan melawan tahanan yang maksimal.

Tabel 3.1
Jadwal Pengobatan Tn.A di Ruang Penyakit Dalam
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 09-13 Mei 2020

09 Maret 2020	10 Maret 2020	11 Maret 2020
1. Terapi IVFD : Nacl 0,9% 20 tetes/menit, transfusi set 2. Terapi injeksi Ondansetron 3x1 amp Asam traneksamat 3x250 mg Ketorolac 3x1 amp Omeprazole 1x1 amp 3. Terapi oral Amlodipin 1x10 mg 4. Transfusi darah 2 kolf	1. Terapi IVFD : Nacl 0,9% 20 tetes/menit, transfusi set 2. Terapi injeksi Ondansetron 3x1 amp Asam traneksamat 3x250 mg Ketorolac 3x1 amp Omeprazole 1x1 amp 3. Terapi oral Amlodipin 1x10 mg	1. Terapi IVFD : Nacl 0,9% 20 tetes/menit, transfusi set 2. Terapi injeksi Ondansetron 3x1 amp Asam traneksamat 3x250 mg Ketorolac 3x1 amp Omeprazole 1x1 amp 3. Terapi oral Amlodipin 1x10 mg

9. Hasil Laboratorium

Tabel 3.2
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn.A di Ruang Penyakit Dalam
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 09 Maret 2020

No	Pemeriksaan	Hasil Tes	Nilai Normal
1	*Hematology* *Leukosit* *Eritrosit* ***Hemoglobin*** *Trombosit*	 10,58x10^3/ µl **2,91x10^6 / µl** **6,6 g/dL** 280x10^3/ µl	 4.00-10.00/ µl **3.50-5.50 / µl** **11.0-16.0 g/dL** 150-450/ µl
2	*Kimia Darah* *Glukosa sewaktu* *Ureum* *Kreatinin*	 171 mg/dl 112 mg/Dl 1,1	 100-200 mg/dl 15-39 mg/Dl L : 0,9-1,2, P: 0,6-1,1

10. Data Fokus

Tabel 3.3
Data senjang pada Tn. A di Ruang Penyakit Dalam
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Data subjektif	Data Objektif
1. Klien mengatakan nyeri dibagian perut 2. Klien mengatakan nyeri seperti ditususk tusuk 3. Klien mengatakan skala nyeri 7 4. Klien mengatakan mudah lelah 5. Klien mengatakan lemas 6. Klien mengatakan tidak nafsu makan 7. Klien mengeluh sulit tidur 8. Klien mengatakan feses gelap kemerahan 9. Klien mengatakan feses keluar sedikit dikit 10. Klien mengatakan pandangan kunang-kunang 11. Klien mengatakan pusing	1. Klien tampak merimgis 2. Klien tampak bersikap menghindari nyeri 3. Klien tampak gelisah 4. Klien tampak lemah 5. Kesadaran klien composmetis 6. Temperatur kulit dingin 7. Konjungtiva anemis 8. Warna kulit pucat, CRT > 3 detik 9. Akral dingin 10. Bab berwarna kehitaman 11. Nafsu makan menurun 12. Berat badan awal 70 kg menjadi 68 kg 13. Aktivitas klien dibantu keluarga 14. Hasil laboratorium Leukosit : 10,58x10^3/ μl Eritrosit : 2,91x10^6/ μl Hemoglobin : 6,6 g/dL Trombosit : 280x10^3/ μl Ureum : 112 mg/Dl

11. Analisa Data

Tabel 3.4
Analisa Data pada Tn.A di Ruang Penyakit Dalam
RSD Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data Masalah	Penyebab	Etologi
1	2	3	4
1	Data Subjektif: 1. Klien mengeluh lemas 2. Klien mengeluh pusing 3. Klien mengeluh mudah lelah Data Objektif : 1. CRT > 3 detik 2. Warna kulit pucat 3. Hb : 6,6 gr/dl 4. Conjungtiva anemis	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif
2	Data Subjektif: 1. Klien mengatakan nyeri pada perutnya 2. Klien mengatakan nyeri bertambah jika beraktifitas 3. Klien mengatakan tidak nafsu makan Data Objektif: 1. Klien tampak meringis menahan nyeri 2. Skala nyeri 7 (1-10) 3. Klien tampak lemah 4. Klien tampak gelisah 5. Sulit tidur	Agen pencedera fisiologis	Nyeri Akut
3	Data Subjektif: 1. Klien mengatakan tubuhnya terasa lemah, letih, dan lesu 2. Klien mengatakan tidak mampu melakukan aktifitas harianya secara mandiri Data Objektif: 1. Klien hanya terbaring di tempat tidur 2. Aktifitas klien di bantu oleh keluarga 3. Klien tampak sulit melakukan aktivitas	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas

B. Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa yang muncul pada Tn.A
   a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan kosentrasi hemoglobin ditandai dengan klien mengeluh lemas, klien mengeluh pusing, klien mengeluh mudah lelah, conjungtiva anemis.
   b. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisiologi (Inflamasi) ditandai dengan Klien mengatakan nyeri pada perutnya, klien mengatakan nyeri bertambah jika beraktifitas, klien mengatakan tidak nafsu makan, klin tampak meringis.
   c. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan Gejala penyakit ditandai dengan klien mengeluh sulit tidur, klien tampak gelisah, pola eliminasi klien berubah.
   d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengatakan tubuhnya terasa lemah, letih, dan lesu klien mengatakan tidak mampu melakukan aktifitas harianya secara mandiri, klien hanya terbaring ditempat tidur.

2. Diagnosa yang diprioritaskan
   a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan kosentrasi hemoglobin ditandai dengan klien mengeluh lemas, klien mengeluh pusing, klien mengeluh mudah lelah, conjungtiva anemis.
   b. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisiologi (Inflamasi) ditandai dengan Klien mengatakan nyeri pada perutnya, klien mengatakan nyeri bertambah jika beraktifitas, klien mengatakan tidak nafsu makan, klin tampak meringis.
   c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengatakan tubuhnya terasa lemah, letih, dan lesu klien mengatakan tidak mampu melakukan aktifitas harianya secara mandiri, klien hanya terbaring ditempat tidur.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5
Rencana Keperawatan Dengan Gangguan Sirkulasi pada kasus Anemia Terhadap Tn.A di Ruang Penyakit Dalam RSD Mayjend HM. Ryacudu Tanggal 09-13 Maret 2020

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	2	3	4
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan kosentrasi Hemoglobin	**Perfusi jaringan : perifer (407)** 1. Pengisian kapiler jari (5) 2. Suhu kulit ujung kaki dan tangan (5) 3. Muka pucat (5) 4. Kelemahan otot (5) **Status sirkulasi (401)** 1. Capillary refill (5) 2. Kelelahan (5) 3. Wajah pucat (5)	**Perawatan sirkulasi : (4066)** 1. Lakukan penilaian yang kemprehensif pada sirkulasi perifer (CRT) 2. Inspeksi kulit apakah terdapat luka tekan dan jaringan yang tidak utuh 3. Mengintruksikan klien untuk merubah posisi setiap 2 jam sekali 4. Intruksikan klien mengenai faktor – faktor yang mempengaruhi sirkulasi darah 5. Pertahankan status hidrasi untuk menurunkan viskositas darah

1	2	3	4
			Manajemen Cairan (4120) 1. Monitor status hidrasi (misalnya ,membrane mukosa lembab, denyut nadi adekuat, tekanan darah ortostatik) 2. Berikan terapi IV, seperti yang ditentukan 3. Atur ketersediaan produk darah untuk transfuse 4. Persiapkan pemberian produk-produk darah (misalnya, cek darah dan mempersiapkan pemasangan infus)
2	Nyeri akut berhubunga dengan Agen cedera fisiologi (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)	**Kontrol nyeri : (1605)** 1. Mengenali kapan nyeri terjadi (5) 2. Mengenali faktor penyebab nyeri (5) 3. Menggunakan tindakan nyeri tanpa analgesik (5) 4. Melaporkan nyeri terkontrol (5) **Tingkat nyeri : (2102)** 1. Nyeri yang dilaporkan (5) 2. Mengerang dan menangis (5) 3. Kehilangan nafsu makan (5) 4. Mual (5) 5. Denyut nadi radial (5) 6. Tekanan darah (5)	**Manajemen Nyeri : (1400)** 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri atau faktor pencetetus. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Kaji respon klien terhadap nyer iKontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 4. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) 5. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 6. Ajarkan tentang teknik non farmakologi 7. Berikan analagesik untuk mengurangi nyeri

1	2	3	4
			8. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri. 9. Tingkatkan istirahat 10. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil **Pemberian Analgesik (2210)** 1. tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat 2. cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi 3. cek riwayat alergi 4. pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi 5. tentukan analgesik pilihan rute pemberian dan dosis optimal 6. pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur 7. evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala

1	2	3	4
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	**Daya tahan (1)** 1. Melakukan aktifitas rutin (5) 2. Aktifitas fisik (5) 3. Pemulihan energi setelah istirahat (5) 4. Hemoglobin (5) 5. Hematokrit (5) **Toleransi terhadap aktifitas (5)** 1. Frekuensi nadi setelah beraktifitas (5) 2. Kekuatan tubuh bagian atas (5) 3. Kekuatan tubuh bagian bawah (5) 4. Kemudahan dalam melakukan aktifitas harian (5)	**Manajemen Energi (180)** 1. Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan 2. Tentukan persepsi pasien/orang terdekat mengenai penyebab kelelahan 3. Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologi maupun nonfarmakologi 4. Tingkatkan tirah baring 5. Bantu aktifitas harian pasien 6. Anjurkan keluarga membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari yang teratur sesuai kebutuhan 7. Ajarkan pasien mengenai pengelolaan kegiatan dan manajemen waktu untuk mencegah kelelahan 8. Memantau tanda – tanda vital klien 9. Evaluasi secara bertahap kenaikan level aktivitas klien

1	2	3	4
			Peningkatan keterlibatan keluarga (7110) 1. Bangun hubungan pribadi dengan pasien dan keluarga yang terlibat dalam perawatan 2. Identifikasi defisit perawatan diri pasien 3. Fasilitasi pemahaman mengenai aspek medis dari anggota pasien pada keluarga 4. Identifikasi kekuatan dan kemampuan pasien dengan keluarga 5. Informasikan faktor-faktor yang dapat meningkatkan kondisi pasien pada keluarga

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.6
Catatan perkembangan Dengan Gangguan Sirkulasi pada kasus Anemia Terhadap Tn.A di Ruang Penyakit Dalam RSD Mayjend HM. Ryacudu Tanggal 09-13 Maret 2020

Hari Pertama tanggal 09 Maret 2020

No.Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal / Jam 09 Maret 2020 / Pukul 14:30 WIB **Perawatan sirkulasi (4066)** 1. Melakukan penilaian pada sirkulasi perifer (CRT) 2. Menginspeksi kulit apakah terdapat luka tekan dan jaringan yang tidak utuh 3. Menganjurkan klien untuk merubah posisi setiap 2 jam sekali	15:00 wib S : 1. Klien mengatakan lemah 2. Klien mengatakan mudah lelah 3. Klien mengatakan pusing O : 1. CRT : > 3 detik 2. Akral dingin 3. Klien tampak pucat

1	2	3
	Manajemen Cairan (4120) 1. Mempertahankan status hidrasi untuk menurunkan viskositas darah (membran mukosa lembab, denyut nadi adekuat) 2. Menganjurkan klien untuk banyak minum 8 gelas sehari 3. Memonitor masuknya cairan intra vena, terapi iv a. Asamtraneksamat 3x250 mg (iv) b. Amlodipin 1x10 amp (oral) 4. Mengecek ketersedian produk darah di PMI untuk transfuse Tn.A	4. Tidak terdapat luka tekan dan jaringan 5. Terpasang transfusi darah (1 kantorng) 6. Konjungtiva anemis A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi **Perawatan sirkulasi (4066)** **Manajemen cairan (4120)** Sela Febriani
2	Tanggal/Jam 09 Maret 2020 / Pukul 16:00 WIB **Manejemen nyeri (1400)** 1. Melakukan pengkajian nyeri 2. Mengajarkan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) untuk mengurangi nyeri 3. Mendukung istirahat atau tidur yang cukup dengan cara : menjaga pencahaayaan agar tidak membuat mataa klien silau, dan memberi tahu keluarga klien untuk membatasi atau bergantian saat menjaga klien 4. Memantau tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan)	16:30 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri pada perut bagian stomach 2. Klien mengatakan nyeri bertambah jika klien beraktifitas 3. Klien mengatakan nyeri seperti ditususk tusuk 4. Klien mengatakan skala nyeri 7 O : 1. Skala nyari 7(1 – 10) 2. Klien dapat melakukan tekhnik nonfarmakologi, latihan tarik napas dalam 3. Klien tampak meringis saat menggerakkan tubuhnya

1	2	3
	Pemberian analgesik (2210) memberikan obat sesuai resep dokter : a. ondansetron 3x1 amp (iv) b. ketorolac 3x1 amp (iv) c. omz 1x1 amp (iv)	TTV Tekanan darah : 130/80 mmHg Nadi : 80x/menit Pernafasan : 20x/menit Suhu : 36,5^{0}C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi **Menejemen nyeri** **Pemberian analgesik** Sela Febriani
3	Tanggal / Jam 13 Mei 2019 / Pukul 17:00 WIB **Manajemen energi (180)** 1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan 2. Menentukan persepsi pasien/orang terdekat mengenai penyebab kelelahan 3. Meningkatkan tirah baring 4. Membantu aktifitas harian pasien	17:30 WIB S: 1. Klien mengatakan tubuhnya terasa lemas dan lesu. 2. Klien mengatakan tidak mampu melakukan aktifitasnya sendiri 3. Klien mengatakan pandangan kunang-kunang 4. Klien mengatakan mudah lelah O : 1. Klien tampak lemah

1	2	3
	5. Menganjurkan keluarga membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari yang teratur sesuai kebutuhan 6. Memantau tanda-tanda vital klien **Peningkatan keterlibatan keluarga (7110)** 1. Bangun hubungan pribadi dengan pasien dan keluarga yang terlibat dalam perawatan 2. Identifikasi defisit perawatan diri pasien 3. Identifikasi kekuatan dan kemampuan psien dengan keluarga 4. Informasikan faktor-faktor yang dapat meningkatkan kondisi pasien pada keluarga	2. Aktifitas klien di bantu keluarga 3. TD : 100/70 mmHg 4. N : 80 x/menit 5. RR : 20 x/menit A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi **Manajemen energi** **Peningkatan keterlibatan keluarga** Sela Febriani

Hari Kedua tanggal 10 Maret 2020

No.Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal / Jam 10 Maret 2020 / Pukul 08:30 WIB **Perawatan sirkulasi (4066)** 1. Melakukan pemeriksaan CRT 2. Menginspeksi kulit apakah terdapat luka tekan dan jaringan yang tidak utuh **Menejemen Cairan (4120)** 1. Mempertahankan status hidrasi untuk menurunkan viskositas darah 2. menganjurkan klien untuk banyak minum 3. memonitor masuknya cairan intra vena,terapi obat a. amlodipin 1x10 mg (oral) 4. Mempersiapkan pemberian transfusi darah golongan darah O (+) 5. Memberikan transfusi darah yang ke 2 dangan gol. O (+) 6. Memantau berlangsungnya transfusi darah	09:00 WIB S : 1. Klien mengatakan masih lemah 2. Klien mengatakan mudah lelah 3. Klien mengatakan pusing O : 1. CRT : >3 detik 2. Akral dingin 3. Tidak terdapat luka tekan dan jaringan 4. Terpasang transfusi dara (1 kantong) 5. Konjungtiva anemis A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi **Perawatan sirkulasi** **Manajemen Cairan** Sela Febriani

1	2	3
2	Tanggal/Jam 10 Maret 2020 / Pukul 12:00 WIB **Menejemen nyeri (1400)** 1. Mengaji kembali rasa nyeri 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Mengontrol lingkungan yang dapat memengaruhi nyeri seperti : menjaga suhu ruangan agar stabil, mengatur pencahayaan yang cukup, dan beritahu keluarga klien agar membatasi saat menjaga klien. 4. Memantau tanda-tanda vital **Pemberian Analgesik (2210)** Memberikan obat sesuai resep dokter a. Ondansetron 3x1 amp (iv) b. Ketorolac 3x1 amp (iv) c. Omz 1x1 amp (iv)	12:30 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri berkurang namun masih nyeri saat digerakkan. 2. klien mengatakan sudah lebih nyaman dari pada sebelumnya. O : 1. Skala nyeri 5 (1-10). 2. Klien masih tampak meringis saat menggerakkan tubuh nya 3. klien terlihat nyaman saat beristirahat. 4. Klien dapat melakukan tekhnik nonfarmakologi, latihan tarik napas dalam 5. TTV Tekanan darah : 110/80 mmHg Nadi : 84x/menit A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi **Manejemen nyeri** **Pemberian analgesik** Sela Febriani

1	2	3
3	Tanggal / Jam 10 Maret 2020 / Pukul 11:00 WIB **Manajemen energi (180)** 1. Mengajarkan pasien mengenai pengelolaan kegiatan dan manajemen waktu untuk mencegah kelelahan 2. Menganjurkan keluarga membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan 3. Meningkatkan tirah baring 4. Membantu aktifitas harian pasien 5. Memantau tanda-tanda vital klien **Peningkatan keterlibatan keluarga (7110)** 1. Bangun hubungan pribadi dengan pasien dan keluarga yang terlibat dalam perawatan 2. Identifikasi defisit perawatan diri pasien 3. Informasikan faktor-faktor yang dapat meningkatkan kondisi pasien pada keluarga	11:30 WIB S: 1. Klien mengatakan tubuhnya masih terasa lemas dan lesu 2. Klien mengatakan tidak mampu melakukan aktifitasnya sendiri O : 1. Klien tampak lemah 2. Aktifitas klien di bantu keluarga 3. TD : 110/80 mmHg 4. N : 84 x/menit A : Masalah belum teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi **Manajemen energi** **Peningkatan keterlibatan keluarga** Sela Febriani

Hari Ketiga tanggal 11 Maret 2020

No.Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal / Jam 15 Mei 2019 / Pukul 08:30 WIB **Perawatan sirkulasi (4066)** 1. Melakukan penilaian pada sirkulasi perifer (CRT) 2. Menginspeksi kulit apakah terdapat luka tekan dan jaringan yang tidak utuh 3. Menganjurkan klien untuk merubah posisi setiap 2 jam sekali **Menejemen cairan (4120)** 1. Mempertahankan status hidrasi untuk menurunkan viskositas darah 2. Menganjurkan klien untuk banyak minum 3. Memonitor masuknya cairan intra vena 4. Memantau tanda-tanda vital	09:30 WIB S : 1. Klien mengatakan ujung jari kaki dan tanganya masih terasa dingin 2. Klien mengatakan masih lemas 3. Klien mengatakan mudah lelah jika banyak beraktivitas 4. Klien mengatakan pusing berkurang O : 1. Klien terpasang infuse NaCl 0,9 % 2. CRT < 2 detik 3. Akral dingin 4. TTV Tekanan darah: 110/80 mmHg

1	2	3
		Nadi: 88x/menit 5. Hasil Laboratorium *Hemoglobin* 7,5 g/dL A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi **Perawatan sirkulasi** Sela Febriani
2.	Tanggal/Jam 15 Mei 2019 / Pukul 11:00 WIB **Menejemen nyeri (1400)** 1. Melakukan pengkajian nyeri 2. Melatih teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) untuk mengontrol nyeri 3. Mendukung istirahat atau tidur yang cukup dengan cara : menjaga pencahaayaan agar tidak membuat mataa klien silau, dan memberi tau keluarga klien untuk membatasi atau bergantian saat menjaga klien	11:30 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri berkurang 2. klien mengatakan sudah lebih nyaman dari pada sebelumnya O : 1. skala nyeri 0(1-10). 2. klien terlihat nyaman saat beristirahat. A : Masalah sudah teratasi P : Hentikan intervensi

1	2	3
	Pemberian Analgesik (2210) Ketorolac 3x1 amp (iv)	Sela Febriani
3.	Tanggal / Jam 15 Mei 2019 / Pukul 06:30 WIB **Manajemen energi (180)** 1. Mengevaluasi secara bertahap kenaikan level aktivitas pasien 2. Menganjurkan keluarga membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan 3. Meningkatkan tirah baring 4. Memantau tanda-tanda vital klien **Peningkatan keterlibatan keluarga (7110)** 1. Bangun hubungan pribadi dengan pasien dan keluarga yang terlibat dalam perawatan 2. Identifikasi defisit perawatan diri pasien 3. Informasikan faktor-faktor yang dapat meningkatkan kondisi pasien pada keluarga	07:15 WIB S: 1. Klien mengatakan saat ini tubuhnya masih terasa lemah 2. Klien mengatakan saat berjalan-jalan ke luar ruangan masih terasa lemas ngos-ngosan 3. Pandangan klien sedikit kunang-kunang O : 1. Klien tampak dapat melakukan aktivitas secara mandiri dan terkadang di bantu keluarga 2. Kien tampak lemas 3. Klien tampak pucat 4. TD : 110/80 mmHg 5. N : 88 x/menit A: Masalah teratasi sebagian P: Hentikan intervensi Sela Febriani