

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN
KENYAMANAN PADA NY.T DI RUANG KENANGA RSUD DR
SOEDIRMAN KEBUMEN**

**Diajukan Untuk Memenuhi Tugas Akhir Ujian Komprehensif
Jenjang Pendidikan Diploma III Keperawatan**



Disusun Oleh:

Sigit Priyadi

A01301816

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

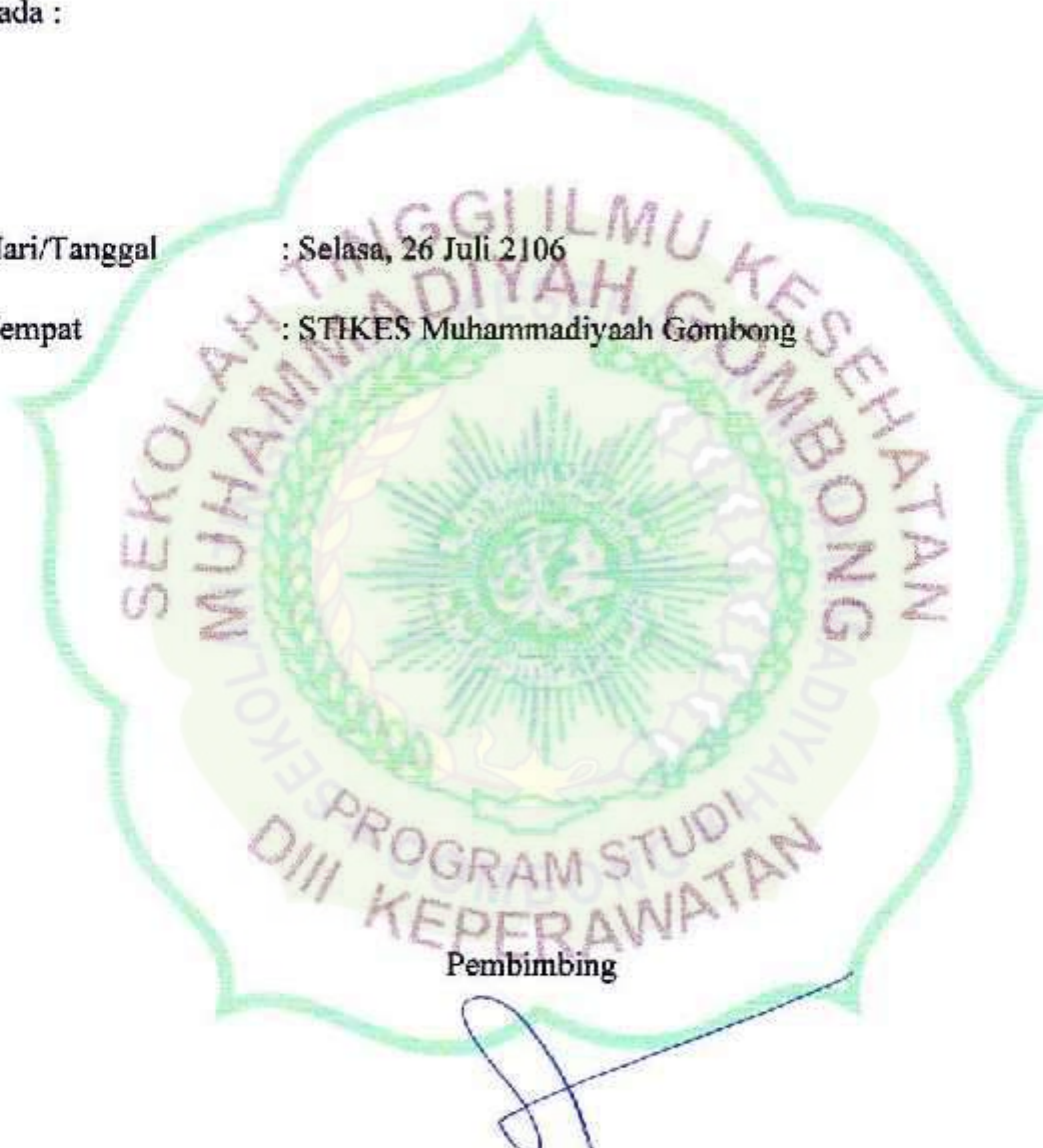
2016

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING

Laporan Hasil Ujian Komprehensif telah Diterima dan Disetujui oleh Pembimbing Karya Tulis Ilmiah Diploma III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong pada :

Hari/Tanggal : Selasa, 26 Juli 2016

Tempat : STIKES Muhammadiyah Gombong



Pembimbing

(Sawiji, S.Kep.,Ns.,M.Sc)

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN
KENYAMANAN PADA NY.T DI RUANG KENANGA RSUD DR
SOEDIRMAN KEBUMEN**

yang dipersiapkan dan disusun oleh

Sigit Priyadi

A01301816

telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

pada tanggal

06 Agustus 2016

Susunan Dewan Penguji

1. Podo Yuwono, M.Kep.,Ns.,CWCS ()
2. Sawiji, S.Kep.,Ns.,M.Sc ()

Mengetahui

Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan

STIKES Muhammadiyah Gombong



(Sawiji, S.Kep.,Ns.,M.Sc)

Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
KTI, Agustus 2016
Sigit Priyadi¹, Sawiji, S.Kep.,Ns.,M.Sc²

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN KENYAMANAN PADA NY.T DI RUANG KENANGA RSUD DR SOEDIRMAN KEBUMEN

Latar Belakang : masalah karya tulis ilmiah ini berdasarkan data yang diperoleh dari berbagai sumber kepustakaan yang menyatakan kebutuhan kenyamanan pada Ny. T di ruang kenanga RSUD dr. Soedirman Kebumen.

Tujuan penulisan : tujuan umum penulisan karya tulis ilmiah yaitu untuk memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan dengan masalah pemenuhan kebutuhan kenyamanan pada pasien dengan melenca meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Asuhan keperawatan : dalam pembahasan masalah keperawatan yang muncul nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Intervensi dan implementasi yang sudah dilakukan berupa melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengajarkan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam dan distraksi relaksasi), memposisikan klien nyaman mungkin, mengatur kondisi lingkungan nyaman klien, memberikan terapi farmakologi, menganjurkan klien relaksasi, mengukur tanda vital. Dalam evaluasi yang dilakukan selama 3 hari klien mengatakan sudah tidak ada nyeri, tekanan darah 108/62 mmHg, nadi 74 x/menit, suhu 36,5⁰ C, RR 20 x/menit, injeksi Ranitidin masuk per intravena, injeksi Kalnex masuk per intravena, terapi per oral Sucralfat masuk per oral, Omeprazole masuk per oral, klien sudah tidak menahan nyeri, ekspresi wajah klien rileks. Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi

Kata Kunci : kenyamanan, asuhan keperawatan, relaksasi

-
1. Mahasiswa Prodi D III Keperawatan STIKes Muhammadiyah Gombong
 2. Dosen Pembimbing Prodi D III Keperawatan STIKes Muhammadiyah Gombong

Nursing Studies Program DIII
College of Health Sciences Muhammadiyah Gombong
KTI, June 2016
Sigit Priyadi¹, sawiji, S.Kep.,Ns.,M.Sc²

ABSTRACT

NURSING CARE OF COMFORT NEEDS FULFILLMENT TO NY. T IN KENANGA WARD IN THE DR. SOEDIRMAN HOSPITAL OF KEBUMEN

Background: the problem of a scientific paper is based on data obtained from various sources of literature that states need comfort at Mrs. T in the space kenanga dr. Sudirman Kebumen.

Purpose : general purpose scientific papers is to provide an overview of nursing care with the comfort of a problem meeting the needs of patients with melena include assessment, formulation of diagnosis, intervention, implementation, and evaluation.

Nursing care: in the discussion of nursing problems that arise acute pain associated with injury to biological agents. Intervention and implementation has been done in the form of assessing the pain comprehensively teach the techniques of non pharmacologic (relaxation breath in and distraction relaxation), positioning clients as comfortable as possible, set the environmental conditions as comfortable as clients, provides pharmacological treatment, encourage clients relaxation, measuring vital signs. In evaluations conducted during the 3 days of the clients said in a statement there was no pain, blood pressure 108/62 mm Hg, pulse 74 x/min, the temperature of 36.5⁰ C, RR 20 x/min, injection Ranitidine entry per intravenous injection Kalnex entry per intravenously, oral therapy Sucralfat entered orally, Omeprazole entered orally, the client no longer withstand the pain, facial expression relax clients. Acute Pain nursing problems resolved.

Keywords: comfort, nursing care, relaxation

-
1. Student Diploma III Of Nursing Program Muhammadiyah Health Science Institute Of Gombong
 2. Lecturer Diploma III Of Nursing Program Muhammadiyah Health Science Institute Of Gombong

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang. Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan segala nikmat, rahmat, hidayah, dan innayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN KENYAMANAN PADA NY.T DI RUANG KENANGA RSUD DR SOEDIRMAN KEBUMEN”** dalam upaya memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan diploma III keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.

Penulis menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari kesempurnaan, walaupun penulis telah berusaha semaksimal mungkin. Hal ini semata-mata karena ketidaktahuan penulis, namun karena dorongan keluarga, teman-teman dan bimbingan dari dosen pembimbing sehingga tulisan ini dapat terwujud yang memberikan kebanggaan bagi penulis.

Oleh karena itu, pada kesempatan ini perkenankanlah penulis haturkan rasa hormat dan terima kasih yang tulus kepada:

1. M. Madkhan Anis, S.Kep.Ns selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Gombong, yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk mengikuti pendidikan keperawatan.
2. Direktur dan jajarannya RSUD dr Soedirman Kebumen yang sudah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan asuhan keperawatan sebagai bahan pembahasan dalam Karya Tulis Ilmiah.
3. Sawiji, S.Kep.Ns.,M.Sc selaku Ketua Prodi DIII keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong dan pembimbing penulisan Karya Tulis Ilmiah yang telah susah payah mendidik penulis serta sebagai penguji sidang Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan banyak masukan.

4. Podo Yuwono, M.kep.,Ns.,CWCS penguji sidang Karya Tulis Ilmiah yang sudah memberikan banyak masukan untuk menyempurnakan sebuah Karya Tulis Ilmiah yang indah.
5. Tim Penguji Komprehensif yang telah memberikan berbagai masukan.
6. Segenap dosen dan staf karyawan STIKES Muhammadiyah Gombong yang telah berkenan memberikan bimbingan dan arahan materi selama penulis menempuh pendidikan.
7. Saminah dan Samin (alm) selaku orang tua yang sudah selalu mendukung dan menyemangati serta memberikan kasih sayangnya dari kecil sampai sekarang dan telah memberikan biaya perkuliahan, yang selalu di dalam hati dan yang selama hidupnya sudah menjadi sosok ayah yang luar biasa.
8. Kaka perempuan Tuginah serta kaka ipar Budiono dan keponakan Windu Utami Ardianti dan Hana Dzakira Aftani yang selama ini sudah memberikan semangat untuk meraih kesuksesan seperti saat ini.
9. Ny. T selaku pasien dan keluarganya yang sudah kooperatif selama diberikan asuhan keperawatan.
10. Teman-teman seperjuangan dan sahabatku yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan saran dan bantuannya sehigga karya tulis ini dapat diselesaikan dengan baik.
11. Ucapan terima kasih ini tidak akan lengkap bila belum ada nama Ernawati yang tidak bosan untuk memotivasi, menemani penulis hingga penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Alloh SWT selalu berkenan memberikan segala nikmat, rahmat hidayah, serta innayah-Nya kepada kita semua, aamiin.

Gombong, Agustus 2016

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Manfaat Penulisan	5
BAB II KONSEP DASAR	
A. Kebutuhan Dasar Manusia	6
B. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman	7
C. Nyeri.....	8
D. Penatalaksanaan Nyeri	15
BAB III RESUME KEPERAWATAN	
A. Pengkajian	21
B. Analisa Data	23
C. Intervensi, Implementasi dan Evaluasi.....	24
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Cidera Biologis.....	31

B. Resiko Perdarahan dengan Faktor Resiko Gangguan Gastrointestinal.....	35
C. Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Nyeri	37

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	43
B. Saran.....	44

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Kotoran (*feses*) yang berwarna gelap yang dikarenakan kotoran bercampur asam lambung, biasanya mengindikasikan perdarahan saluran cerna bagian atas, atau perdarahan usus ataupun *colon* bagian kanan, dapat juga sumber lainnya (Porter dkk., 2008).

Perdarahan saluran cerna bahagian atas (didefinisikan sebagai perdarahan yang terjadi di sebelah proksimal ligamentum Treitz pada duodenum distal. Sebagian besar perdarahan saluran cerna bahagian atas terjadi sebagai akibat penyakit ulkus peptikum. Robekan Mallory-Weiss, varises esofagus, dan gastritis merupakan penyebab perdarahan saluran cerna bahagian atas yang jarang (Dubey, 2008).

Perdarahan saluran cerna bahagian atas dapat bermanifestasi klinis mulai dari yang seolah ringan, misalnya perdarahan tersamar sampai pada keadaan yang mengancam hidup. Hematemesis adalah muntah darah segar (merah segar) atau hematin (hitam seperti kopi) yang merupakan indikasi adanya perdarahan saluran cerna bagian atas atau proksimal ligamentum Treitz. Perdarahan saluran cerna bagian atas (SCBA), terutama dari duodenum dapat pula bermanifestasi dalam bentuk melena. Hematokezia (darah segar keluar per anum) biasanya berasal dari perdarahan saluran cerna bagian bawah (kolon). Maroon stools (*feses* berwarna merah hati) dapat berasal dari perdarahan kolon bagian proksimal (ileo-caecal) (Djojoningrat, 2006).

The American Society for Gastrointestinal Endoscopy mengelompokkan pasien dengan perdarahan saluran cerna bahagian atas berdasarkan usia dan kaitan antara kelompok usia dengan resiko kematian. ASGE menemukan angka mortalitas untuk 3.3% pada pasien usia 21-31 tahun, untuk 10.1% pada

pasien berusia 41-50 tahun, dan untuk 14.4% untuk pasien berusia 71-80 tahun (Caestecker, 2011).

Berdasarkan penelitian Almi (2013), di negara barat perdarahan karena tukak peptik menempati urutan terbanyak sedangkan di Indonesia perdarahan karena ruptur varises gastroesofagus merupakan penyebab tersering yaitu sekitar 50% - 60%, gastritis erosif hemoragik sekitar 25% - 30%, tukak peptik sekitar 10% - 15% dan karena sebab lainnya < 5%. Kecenderungan saat ini menunjukkan bahwa perdarahan yang terjadi karena pemakaian jamu rematik menempati urutan terbanyak sebagai penyebab perdarahan Saluran Cerna Bagian Atas (SCBA) yang datang ke Unit Gawat Darurat (UGD) RS Hasan Sadikin. Mortalitas secara keseluruhan masih tinggi yaitu sekitar 25%, kematian pada penderita ruptur varises bisa mencapai 60% sedangkan kematian pada perdarahan non varises sekitar 9% - 12%.

Angka kematian di berbagai belahan dunia menunjukkan jumlah yang cukup tinggi, terutama di Indonesia yang wajib menjadi perhatian khusus. Berdasarkan hasil penelitian di Jakarta didapati bahwa jumlah kematian akibat perdarahan saluran cerna atas berkisar 26%. Insiden perdarahan SCBA dua kali lebih sering pada pria dari pada wanita dalam seluruh tingkatan usia; tetapi jumlah angka kematian tetap sama pada kedua jenis kelamin. Angka kematian meningkat pada usia yang lebih tua (>60 tahun) pada pria dan wanita. Untuk memeriksa perdarahan saluran cerna atas dilakukan pemeriksaan endoskopi untuk menegakkan diagnosa tentang penyebab yang dapat menimbulkan perdarahan saluran cerna bagian atas.

Kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan yang sangat penting bagi manusia untuk dapat bertahan hidup (Potter dan Perry, 2006). Maslow (dalam Maryam dkk 2007) mengatakan bahwa kebutuhan rasa aman merupakan kebutuhan yang ada pada tingkat kedua setelah kebutuhan fisiologi terpenuhi. Kebutuhan rasa aman adalah suatu keadaan yang membuat seseorang aman, terhindar dari bahaya yang dapat menimbulkan cedera (Maryam dkk, 2007).

Individu yang merasakan nyeri merasa tertekan atau menderita dan mencari upaya untuk menghilangkan nyeri. Perawat menggunakan berbagai intervensi

untuk menghilangkan nyeri atau mengembalikan kenyamanan. Perawat tidak dapat melihat atau merasakan nyeri yang klien rasakan. Nyeri bersifat subjektif, tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada individu. Nyeri merupakan sumber frustrasi, baik klien maupun tenaga kesehatan (Potter dan Perry, 2006). Kebutuhan rasa aman pada pasien sangat penting karena akan berpengaruh terhadap lamanya perawatan. Dampak yang terjadi jika pasien tidak terpenuhi kebutuhan rasa amannya yaitu pasien dapat mengalami cedera (Tarwoto dan Wartonah, 2011).

Rasa ketidaknyamanan jika tidak diatasi akan mempengaruhi fungsi mental dan fisik individu sehingga mendesak untuk segera mengambil tindakan/terapi secara farmakologis atau non farmakologis. Dalam lingkup keperawatan dikembangkan terapi non farmakologis sebagai tindakan mandiri perawat seperti terapi holistik. Kesehatan holistik merupakan suatu kelangsungan kondisi kesejahteraan yang melibatkan upaya merawat diri sendiri secara fisik, mengekspresikan emosi dengan benar dan efektif, menggunakan pikiran dengan konstruktif, secara kreatif terlibat dengan orang lain dan upaya memiliki tingkat kesadaran yang lebih tinggi (Perry dan Potter, 2006). Terapi holistic untuk mengatasi nyeri dapat menggunakan Sentuhan Terapeutik, Akupresur dan Relaksasi. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa nyeri serta dapat digunakan pada saat seseorang sehat ataupun sakit. (Perry & Potter, 2006).

Apabila nyeri pada pasien dengan penyakit melena tidak diatasi maka terganggu kebutuhan rasa aman dan nyamannya serta kebutuhan dasar manusia yang lainnya. Aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri. Selain itu terbebas dari nyeri juga merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi, sehingga sangat penting untuk mengatasi nyeri pada pasien melena karena penderita perdarahan saluran cerna atas di Indonesia juga cukup tinggi.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis memfokuskan masalah pada pemenuhan kebutuhan kenyamanan. Sehingga Karya Tulis Ilmiah ini diberi judul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Kenyamanan Pada Ny.T Di Ruang Kenanga RSUD dr Soedirman Kebumen”.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Memaparkan Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Kenyamanan Pada Ny.T Di Ruang Kenanga RSUD dr Soedirman Kebumen.

2. Tujuan khusus

- a. memaparkan hasil pengkajian keperawatan pemenuhan kebutuhan kenyamanan pada Ny. T di ruang kenanga RSUD dr Soedirman Kebumen.
- b. Memaparkan diagnosa keperawatan pemenuhan kebutuhan kenyamanan pada Ny. T di ruang kenanga RSUD dr Soedirman Kebumen.
- c. Memaparkan intervensi keperawatan pemenuhan kebutuhan kenyamanan pada Ny. T di ruang kenanga RSUD dr Soedirman Kebumen.
- d. Memaparkan implementasi keperawatan pemenuhan kebutuhan kenyamanan pada Ny. T di ruang kenanga RSUD dr Soedirman Kebumen.
- e. Memaparkan evaluasi keperawatan pemenuhan kebutuhan kenyamanan pada Ny. T di ruang kenanga RSUD dr Soedirman Kebumen.
- f. Memaparkan analisis tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan kenyamanan Pada Ny. T di ruang kenanga RSUD dr Soedirman Kebumen.

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat keilmuan

Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi salah satu referensi data melakukan Asuhan Keperawatan pemenuhan kebutuhan kenyamanan.

2. Manfaat aplikatif

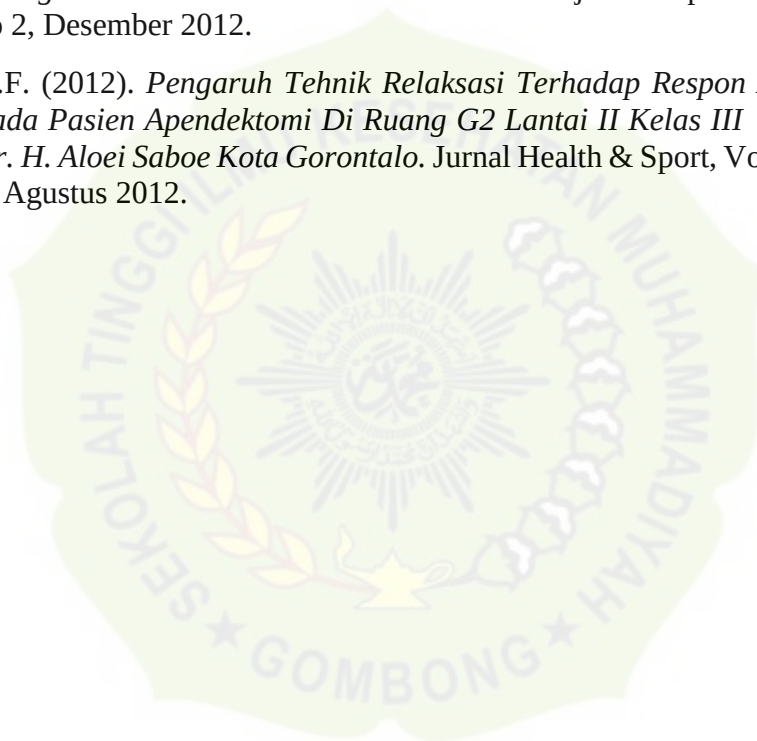
Karya Tulis Ilmiah ini menambah informasi tentang aplikasi teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien.



DAFTAR PUSTAKA

- Almi. D.U. (2013). *Hematemesis Melena Et Causa Gastritis Erosif Dengan Riwayat Penggunaan Obat Nsaid Pada Pasien Laki-Laki Lanjut Usia*. Medula, Volum 1, Nomor 1, September 2013.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Bulechek, G.M. (2012). *Nursing Interventions Classification. Fifth Edition*. Missouri : Mosby Elsevier.
- Djojodiningrat, D. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam : Dispepsia Fungsional*. Jakarta : EGC.
- Dubey, S. (2008) *Perdarahan Gastrointestinal Atas*. Dalam: Greenberg, M.I., et al. *Teks Atlas Kedokteran Kedaruratan Greenberg Vol 1*. Jakarta: Erlangga
- Hasibuan, B., Hegar, B., dan Kadim, M. (2012). *Derajat Kerusakan Mukosa Esofagus Pada Anak Dengan Penyakit Refluk Gastroesofagus*.
- Herdman, T.H. (2012). *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC.
- Herdman, T.H. (2015). *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2009). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kusyati, Eni dkk. (2012). *Ketrampilan dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar*. Jakarta : EGC.
- Lukman, T.V. (2013). *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post-Operasi Sectio Caesaria Di Rsud. Prof. Dr. Hi. Aloe Saboe Kota Gorontalo*.
- Nurarif, A.H dan Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Yogyakarta : Mediaction.
- Maryam, S.R., dkk. (2007). *Buku Ajar Proses Berpikir Kritis dalam Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Moorhead, S.(2012). *Nursing Outcomes Classification. Fifth Edition*. Missouri : Mosby Elsevier.
- Potter, P.A dan Perry, A.G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik, volume.2, edisi 4*. Jakarta : EGC.
- Prasetyo, S.N. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Edisi Pertama, Cetakan Pertama. Yogyakarta : Graha Ilmu.

- Susanty, E. (2011). *Diagnosa Keperawatan Aplikasi Nanda dan NIC NOC*. Yogyakarta : Modya Karya.
- Tamsuri, A.(2007). *Konsep & Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC
- Tarwoto dan Wartonah. (2010). *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta : Salemba Medika.
- Taylor, C.M dan Ralph, S.S. (2010). *Diagnosa Keperawatan : Dengan Rencana Asuhan*. Jakarta : EGC.
- Yusrizal., Zamzahar, Z., Anas, E. (2012). *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan Masase Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Pasca Apendiktomi Di Ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan*. Ners jurnal keperawatan volume 8, no 2, Desember 2012.
- Zees, R.F. (2012). *Pengaruh Tehnik Relaksasi Terhadap Respon Adaptasi Nyeri Pada Pasien Apendektomi Di Ruang G2 Lantai II Kelas III Blud Rsu Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo*. Jurnal Health & Sport, Volume 5, Nomor 3, Agustus 2012.



SATUAN ACARA PENYULUHAN
RSUD DR SOEDIRMAN KEBUMEN



DISUSUN OLEH :

SIGIT PRIYADI

A01301816

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG

2016

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Jenis Kegiatan : Pendidikan kesehatan

Pokok Bahasan : Anemia

Sub Pokok Bahasan : 1. Pengertian Anemia

2. Gejala Anemia

3. Penyebab Anemia

4. Pencegahan Anemia

5. Diit Anemia

Hari/ Tanggal : Sabtu, 11 Juni 2016

Waktu : 11.00 WIB

Penyaji : Sigit Priyadi

Sasaran : Ny. T dan keluarga

A. TUJUAN

Tujuan InstrukSIONal Umum (TIU)

Setelah mengikuti penyuluhan ini diharapkan sasaran penyuluhan dapat memahami tentang apa itu anemia.

Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

1. Menjelaskan pengertian anemia.
2. Menyebutkan gejala anemia.
3. Menyebutkan penyebab anemia.
4. Menyebutkan Pencegahan Anemia
5. Menyebutkan Diit Anemia

B. LAMPIRAN

Terlampir

C. METODE

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

D. MEDIA

1. Lembar balik
2. SAP
3. Leaflet

E. PELAKSANAAN KEGIATAN/ PENYULUHAN

NO	WAKTU	TAHAP KEGIATAN	KEGIATAN PENYULUH	KEGIATAN SASARAN
1	5 menit	Pembukaan	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan tujuan 4. Kontrak waktu pelaksanaan	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan penyuluh 3. Mendengarkan penyuluh 4. Menyetujui waktu pelaksanaan
2	15 menit	Kegiatan Inti	1. Menggali kemampuan sasaran tentang materi yang diberikan 2. Menjelaskan mengenai pengertian, penyebab, gejala, pencegahan, dan diet anemia 3. Memberi kesempatan pada klien untuk bertanya 4. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang diberi.	1. Menyampaikan pengetahuannya tentang materi penyuluhan 2. Mendengarkan dan memperhatikan penyuluh 3. Bertanya tentang materi yang diberikan 4. Menjawab pertanyaan
3	5 menit	Penutup	1. Menyimpulkan dan mengklarifikasi tentang	1. Sasaran mendengarkan kesimpulan.

			meteri penyuluhan yang diberikan 2. Menutup acara dan membuat kesimpulan dari materi yang diberikan	2. Mendengarkan penyuluhan mengucapkan salam
--	--	--	---	---

F. Evaluasi

Evaluasi diberikan melalui pertanyaan terbuka. Dengan pertanyaan sebagai berikut:

1. Apa pengertian dari anemia?
2. Sebutkan gejala anemia?
3. Sebutkan penyebab anemia?
4. Menyebutkan 3 Pencegahan Anemia
5. Menyebutkan 3 Diit Anemia

MATERI PENYULUHAN ANEMIA

A. PENGERTIAN ANEMIA

Anemia adalah suatu keadaan dimana kadar Hb dan atau jumlah hematokrit lebih rendah dari nilai normal. Dikatakan sebagai anemia bila Hb <13,2 g/dl dan Ht <40% pada pria atau Hb <11,7 g/dl dan Ht <35% pada wanita. Anemia adalah istilah yang menunjukkan rendahnya jumlah sel darah merah, kadar Hb dan hematokrit dibawah normal.

B. PENYEBAB ANEMIA

1. diet yang tidak mencukupi
2. kebutuhan yang meningkat pada kehamilan
3. pendarahan pada saluran cerna, menstruasi, donor darah, gizi
4. hemoglobinuria
5. penyimpanan gizi kurang
6. kegagalan sumsum tulang belakang dalam memproduksi darah merah

C. TANDA GEJALA ANEMIA

1. Cepat lelah
2. Lemah
3. Letih
4. Lesu
5. Lunglai
6. Pucat
7. Gelisah

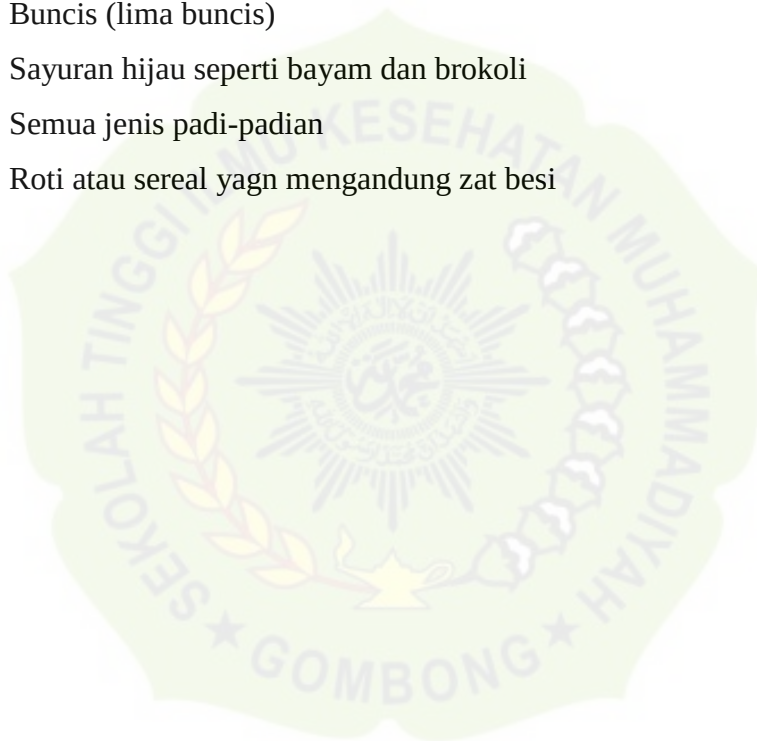
D. PENCEGAHAN ANEMIA

Beberapa jenis anemia dapat dicegah dan tergantung dari penyebab anemia itu sendiri. Seperti yang disebabkan karena diet yang salah dan sembarangan. Untuk pencegahan anemia dengan sebab kesalahan dalam diet anda dapat mengkonsumsi atau diet dengan memastikan makanan yang anda makan mengandung zat besi.

E. DIIT ANEMIA

Daftar makanan yang kaya akan zat besi :

1. Hati dan daging
2. Makanan laut
3. Buah-Buahan yang dikeringkan seperti buah aprikot, buah prem dan kismis
4. Kacang-kacangan
5. Buncis (lima buncis)
6. Sayuran hijau seperti bayam dan brokoli
7. Semua jenis padi-padian
8. Roti atau sereal yang mengandung zat besi



DAFTAR PUSTAKA

Mansjoer, Arif dkk. 2001. Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta : Media Aesculapius FKUI.

Yatim, faisal., Dr. 2003. Talasemia Leukimia dan Anemia . Jakarta : Yayasan Obor Indonesia

<http://www.scribd.com/doc/30384752/92/Upaya-pencegahan-Anemia> (Diakses pada tanggal 19 November 2011 pukul 20.00 WIB)

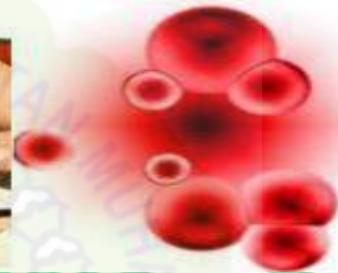
<http://ujizenius.blogspot.com/2011/11/materi-promkes-anemia-sap.html>



ANEMIA



ANEMIA



DISUSUN OLEH

SIGIT PRIYADI

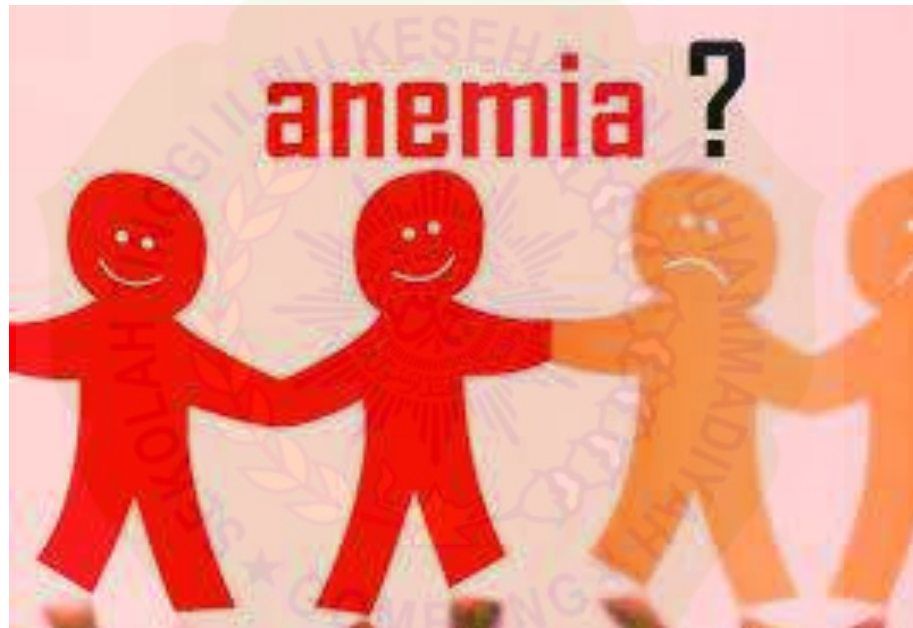
A01301816

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG

2016

APA ITU ANEMIA???



GEJALA ANEMIA



Pucat



Cepat lelah



Sesak Nafas



Sakit Kepala



Kekebalan tubuh menurun



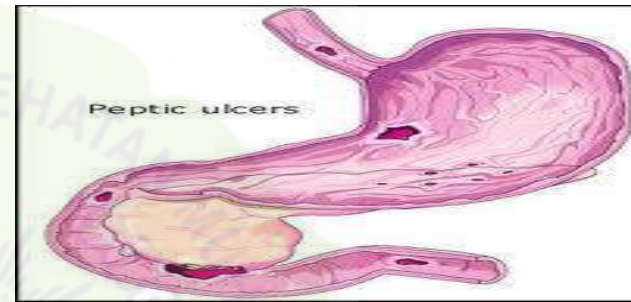
Ujung jari pucat jika ditekan

PENYEBAB ANEMIA

MAKANAN MENGANDUNG ZAT BESI



Kurang zat besi



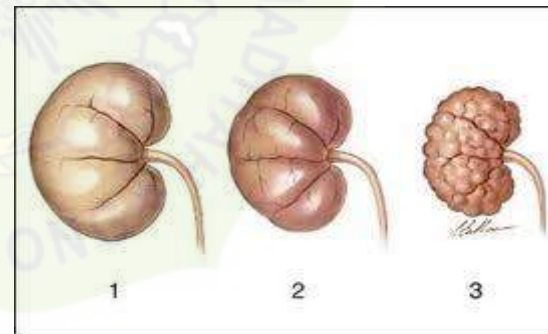
Perdarahan saluran cerna



Before Sleeve Gastrectomy

After Sleeve Gastrectomy

Operasi pengambilan sebagian



Radang kronis

PENCEGAHAN ANEMIA

MAKANAN MENGANDUNG ZAT BESI



Mengkonsumsi makanan tinggi zat besi



Mengkonsumsi buah-buahan

DIIT ANEMIA



Roti / sereal



Kacang-kacangan



Makanan laut



Buah yang dikeringkan



Sayuran hijau



TERIMA KASIH

ANEMIA



DISUSUN OLEH :

SIGIT PRIYADI

A0131816

PRODI DIII KEPERAWATAN

STIKES MUHAMMADIYAH
GOMBONG

APA ITU ANEMIA???

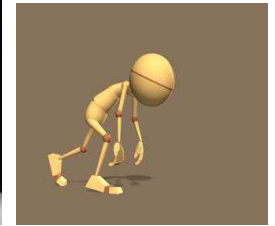


Anemia adalah suatu keadaan dimana kadar Hemoglobin dan atau jumlah hematokrit lebih rendah dari nilai normal. Dikatakan sebagai anemia bila Hb $<13,2$ g/dl dan Ht $<40\%$ pada pria atau Hb $<11,7$ g/dl dan Ht $<35\%$ pada wanita

GEJALA ANEMIA



Pucat



cepat lelah



Sesak Nafas



Cepat lelah



Kuku pucat



Sakit Kepala

DIET ANEMIA



Roti /
sereal

PENCEGAHAN ANEMIA

- Biasakan makan-makanan yang banyak mengandung zat besi. pada sayuran yang berwarna hijau atau Daging dan hati ayam, ikan, kacang-kacangan, dan lain-lain.
- Banyak memakan buah-buahan yang mengandung vitamin C karena



PENYEBAB ANEMIA

1. Kurang zat besi
2. Perdarahan saluran cerna
3. Operasi pengambilan sebagian atau seluruh lambung.
4. Radang kronis (lupus, ginjal, asam urat)

MAKANAN MENGANDUNG ZAT BESI



ASIHAN KEPERAWATAN PADA NY.T DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : MELENA DENGAN ANEMIA
DI KHANG KEMANGA RSUD PT. SOEDIRMAN
KEBUMEN

DISUSUN OLEH :
SISIT PRIYADI
(A11301816)

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH

GOMBONG

2016

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERLERNARAN : MELEMA DENGAN ANEMIA
DI RUANG ILMU KEMANGA RSUD DR SOEDIRMAN KEBUMEN

TELAH DISYAHKAN
PADA TANGGAL :

DOKTER PEMBIMBING

PEMBIMBING KLINIK



()

(Han Canyon)

BAB I

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Melena adalah Pengeluaran feses atau tinja yang berwarna hitam seperti teh yang disebabkan oleh adanya Perdarahan saluran makan bagian atas (Mansjoer Arif, et al., 2009)

Hematemesis adalah muntah darah dan melena adalah Pengeluaran feses atau tinja yang berwarna hitam seperti teh yang disebabkan oleh adanya Perdarahan saluran makan bagian atas. (Judith & Wilkinson 2011).

B. Tanda dan gejala

- Syok (denyut jantung, suhu tubuh)
- Penyakit hati kronis
- Demam ringan $38-39^{\circ}\text{C}$
- Nyeri di perut.
- Hiperperistaltik
- Penurunan HR dan HMT yang terlihat setelah beberapa jam
- Peningkatan kadar urea darah setelah 24-48 jam karena Pemecahan protein darah oleh bakteri usus (Mansjoer Arif, et al., 2009)

C. ETIOLOGI

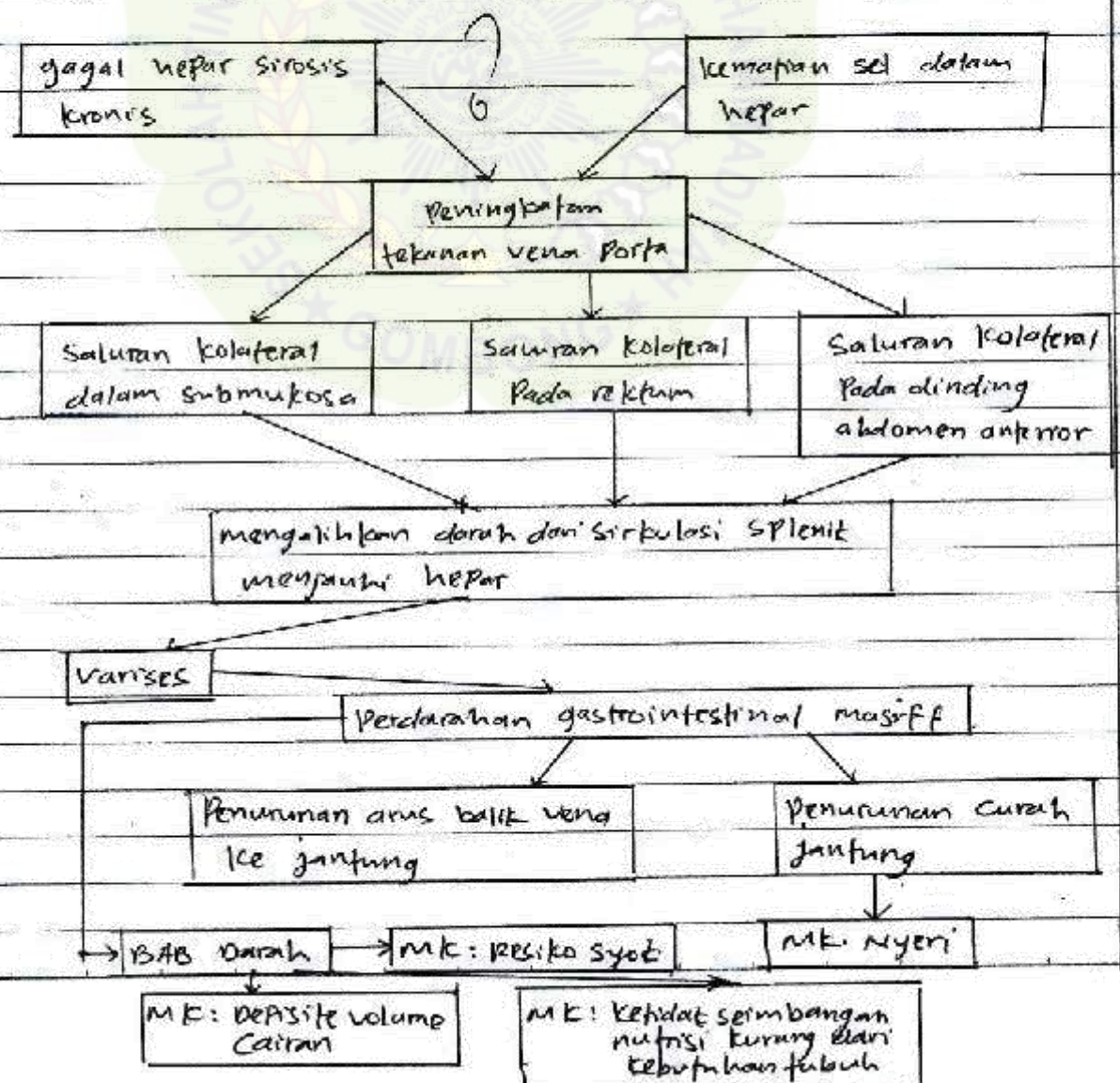
- adanya luka atau Perdarahan di lambung atau di usus.
 - Tukak lambung
 - Demam, wasir
 - Disentri
 - minum beralkohol
- (Soeparman & Sarwono, 2001)

D. Patofisiologi

Pada ggal hepar sirosis kronis, kematian sel dalam hepar mengakibatkan ^{Peningkatan} tekanan vena porta. Sebagai akibatnya terbentuk saluran kolateral dalam submukosa esofagus dan rektum serta pada dinding abdomen anterior untuk mengalirkan darah dari sirkulasi splanik menuju hepar. Dengan meningkatnya tekanan dalam vena ini, maka vena tersebut

menjadi mengembang dan membesar (dilatasi) oleh darah (disebut varises). varises dapat pecah, mengakibatkan Perdarahan gastrointestinal masif. selanjutnya dapat mengakibatkan kehilangan darah tiba-tiba. Penurunan arus balik vena ke jantung, dan Penurunan curah jantung, jika Perdarahan menjadi berlebihan, maka akan mengakibatkan penurunan ^{perfusion} ~~fungsi~~ jaringan. Dalam berespon terhadap penurunan curah jantung, tubuh melakukan mekanisme kompensasi untuk mencoba mempertahankan perfusi. mekanisme ini merangsang tanda-tanda dan gejala-gejala utama yang terlihat pada Saat Pengkajian awal. jika volume darah tidak digantikan, Penurunan perfusi jaringan mengakibatkan distansi seluler. sel-sel akan berubah menjadi metabolisme anaerob dan terbentuk asam laktat. Penurunan aliran darah akan memberikan efek pada saluran sistem tubuh, dan tanpa suplai oksigen yang mencukupi sistem tersebut akan mengalami kegagalan. (Soeparman & Sarwono 2011).

E. Pathway



F. Penatalaksanaan

a. O₂

b. infus RL

c. etclaf

d. Acran

e. Antrain

f. Kalnex

g. Trovensit

h. Drip N 5000

i. Utilox syr

j. Banyak istirahat ditempat tidur.

k. Diet rendah garam dan protein, diet tinggi kalori.

(Mansjoer Arief, et al. 2009).

G. Dasar asuhan keperawatan

a. Pengkajian

1. Pe Identitas

2. Keluhan utama

3. Riwayat kesehatan

- Riwayat kesehatan sekarang

- Riwayat kesehatan dahulu

- Riwayat kesehatan keluarga

4. Pola fungsional

5. Pemeriksaan fisik

6. Pemeriksaan Penunjang

b. Diagnosa keperawatan

1. Kekurangan volume cairan b.d kehilangan gaster berlebihan, diare, dan Penurunan masukan.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk memproses

3. Nyeri akut b.d agen cedera biologis

4. Risiko infeksi b.d tindakan invasif.

c. Intervensi keperawatan

1. Atur intake Cairan

- Pasang infus.

- Anjurkan klien menambak intake Cairan

- lakukan balance Cairan

2. Timbang BB

- Kaji adanya Alergi makanan

- Anjurkan klien untuk makan
- 3. Ajarkan teknik nonfarmakologi.
 - Berikan terapi farmakologi analgesik
 - Atur kondisi lingkungan
 - Atur posisi klien.
- 4. Perawatan infeksi
 - Cuci tangan
 - Jaga kebersihan klien.

DAFTAR PUSTAKA

Mansjoer Arif, M. dkk. (2009) *Kapita Selekta Kedokteran*, edisi 3. media aesculapius Fkui

Soeparman, Waspadi Sarwono (2011). *Buku Ilmu Penyakit Dalam*, edisi 3. Balai Penerbit Fkui Jakarta.

Diana (Borahnam dan Johann C Hoerolij) (2013) *Keperawatan medikal bedah*.

Judith, & Wilkinson (2011). *Buku saku keperawatan*. Jakarta : ECG

Herdam H.T (2012). *Manajemen Diagnosa Keperawatan definisi dan klasifikasi 2014-2014*. Jakarta : ECG

BAB II TINJAUAN KASUS

I. Data Subjektif

a. Biodata :

Nama : Ny. T
Umur : 61 th
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Pancowarno, Kebumen
Pekerjaan : Buruh
No. RM : 313410
Dx. Medis : Melena dengan Anemia berat

b. Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien datang ke IGD RSUD dr. Soedirman Kebumen pada tanggal 8-6-2016. Pasien rujukan dari RS Permata Medika Kebumen dengan melena, hemoglobin terakhir 5,8 g/dL sudah dirawat sejak tanggal 5 Juni 2016. Sudah transfusi PRK 3 kolf. Di IGD RSUD dr. Soedirman Kebumen sudah dilakukan pemberian injeksi kalnea 500mg dan injeksi kanitidin 50mg, serta RL 200ml. dan didiagnosa melena. Saat dikaji klien mengatakan nyeri pada perut sampai pinggang dengan skala nyeri 6. nyeri hilang timbul seperti dipukul-pukul kurang lebih, selama 3 menit, nyeri bertambah ketika dibawa bergerak dan berkurang ketika dibawa tiduran dan tidak bergerak. BAB hitam (+), mual (-), muntah (-), lemas (+). TD: 140/90 mmHg. N: 75x/menit, RR: 24x/menit. Suhu: 36,7°C. Kesadaran Composmentis, GCS (E4 V5 M6). Klien memegang pinggangnya ketika bergerak. Klien mengorek (aduh-aduh) ketika alih posisi. Klien tampak meringis ketika alih posisi. Klien tampak gelisah. Bau badan (+).

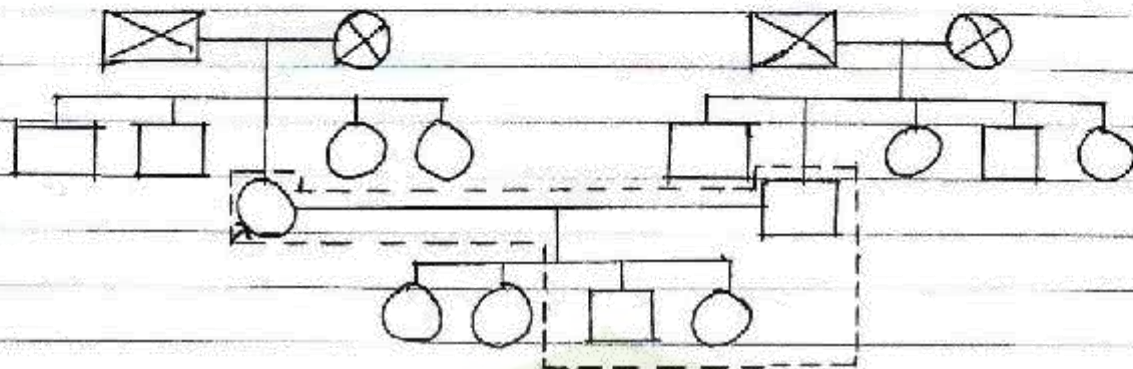
2) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan sudah pernah dirawat di rumah sakit sekitar 6 bulan yang lalu. Keluarga klien mengatakan klien di rumah sering mengonsumsi obat warung untuk asam uratnya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami Penyakit menular maupun Penyakit turunan seperti: TBC, HIV, DM, maupun hipertensi.

4) Genogram



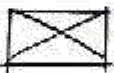
Keterangan



: laki-laki



: Perempuan



: laki-laki meninggal



: Perempuan meninggal



: klien (Ny.T)

— : garis pernikahan

| : garis keturunan

--- : Tinggal satu rumah.

d. Pengkajian Pola Pemuahan kebutuhan dasar (Virginia Henderson)

1) Pola oksigenasi

klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidak mengalami sesak nafas

saat dikaji : klien mengatakan tidak sesak nafas

2) Pola nutrisi

Sebelum sakit : klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi satu piring secara mandiri dan minum 7-8 gelas sehari.

saat dikaji : klien mengatakan makan hanya sedikit $\frac{1}{4}$ Porsi yang diberikan rumah sakit dan minum 6-7 gelas sehari.

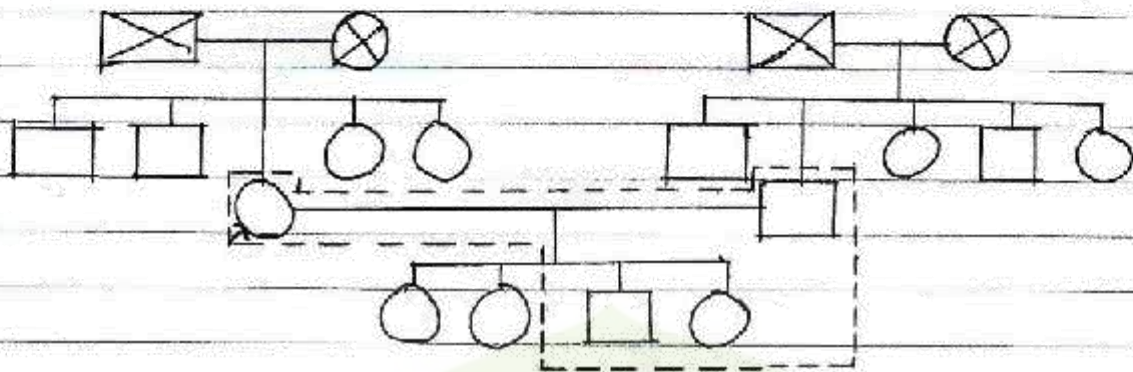
3) Pola eliminasi

sebelum sakit : Klien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi lembek warna kuning dan BAK 5-6 kali sehari warna kuning

3) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami Penyakit menular maupun Penyakit turunan seperti: TBC, HIV, DM, maupun hipertensi.

4) Genogram



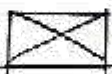
Keterangan



: laki-laki



: Perempuan



: laki-laki meninggal



: Perempuan meninggal



: klien (Ny.T)

— : garis pernikahan

| : garis keturunan

--- : Tinggal satu rumah.

d. Pengkajian Pola Pemenuhan kebutuhan dasar (Virginia Henderson)

1) Pola oksigenasi

Sebelum masuk rumah sakit tidak mengalami sesak nafas

Saat dikaji : Klien mengatakan tidak sesak nafas

2) Pola nutrisi

Sebelum sakit : Klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi satu piring secara mandiri dan minum 7-8 gelas sehari.

Saat dikaji : klien mengatakan makan hanya sedikit 1/4 Porsi yang diberikan rumah sakit dan minum 6-7 gelas sehari.

3) Pola eliminasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi lembek warna kuning dan BAK 5-6 kali sehari warna kuning

saat dikaji : klien mengatakan dapat berkomunikasi seperti biasa dengan orang lain.

11) Pola spiritual

Sebelum sakit: klien mengatakan sholat 5 waktu sehari.

Saat dikaji : klien mengatakan sholat 5 waktu dan berdoa agar cepat sembuh.

12) Pola rekreasi

Sebelum sakit : klien mengatakan kelaut dan jalan-jalan.

saat dikaji : klien mengatakan untuk mengurangi rasa bosan mengobrol dengan keluarga dan ket. pasien sebelah.

13) Pola bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan dapat melakukan pekerjaan sehari-hari secara mandiri.

Saat dikaji : klien mengatakan tidak bisa melakukan pekerjaan seperti biasanya.

14) Pola belajar

klien mengatakan sebelum sakit belajar dari orang-orang disekitarnya dan dari menonton televisi.

saat dikaji : klien mengatakan belajar dari dokter yang ada dan perawat yang jaga.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan umum

keadaan umum : cukup. klien tampak lemas, tampak menahan nyeri, tampak pucat, tampak gelisah, Bau badan (+)

Kesadaran : Composmentis

TD : 140/90 mmHg

Nadi : 75x/menit

Suhu : 36,7°C

RR : 24x/menit.

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala :

Bentuk mesocephal, tidak ada lesi, rambut sedikit rontok, kepala sedikit ketor.

Mata :

Konjungtiva anemis, sklera anikterik, Reflek pupil +/+, Pupil isokor 3/3.

Hidung:

tidak ada penumpukan sekret, tidak ada alat bantu nafas.

Mulut :

gigi bersih, tidak ada bau mulut, mukosa bibir lembab, tidak ada gigi palsu.

Telinga :

tidak ada Rema Penumpukan serumen berlebih, tidak ada luka pada telinga.

Leher :

tidak ada Pembesaran kelenjar thyroid.

Dada :

Inspeksi : I : kembang lempis dada simetris kiri dan kanan.

P : Urair Uremitus simbang kanan dan kiri.

P : Sonor

A : Vesikuler, ronchi - / - , wheezing - / - .

Jantung : I : Ictuscardis tidak ada ulserasi.

P : Ictuscardis teraba di ICS 5 midclavikula.

P : Palpit.

A : S₁-S₂ regular.

Abdomen : I : Bentuk bulat, tidak ada luka.

A : Bising usus ④. 14 x /menit

P : nyon tekan pada area ulu hati

P : timpani

Ekstremitas : Atas : tangan kanan terpasang infus, CRT < 2 detik, kekuatan otot 5/5.

bawah: tidak ada edema. kekuatan otot 5/5, akral hangat.

Kulit : teraba hangat, turgor kulit elastis, kulit tampak kering.

Genitalia : tidak terpasang DC.

C. Pemeriksaan Penunjang

Lab darah tanggal 8-6-2016

Pemeriksaan	hasil	satuan	nilai rujukan
Paket darah otomatis			
Hemoglobin	L 6.4	g/dL	11.7 - 15.5
Leukosit	6.9	$10^3 / \mu l$	3.6 - 11.0
Hematokrit	L 20	%	35 - 47
Eritrosit	L 2.4	$10^6 / \mu L$	3.80 - 5.20
Thrombosit	218	$10^3 / \mu l$	150 - 400
MCH	27	Pg	26 - 34
MCHC	33	g/dL	32 - 36

MCV	83	fl	80 - 100
DIFF COUNT			
Esofil	H 5.70	%	1-4
Basofil	0.10	%	0-1
Neutrofil	H 76.80	%	50-70
Limfosit	L 2.20	%	22-40
Monosit	5.20	%	4-8
Golongan darah	O		
KIMIA KLINIK			
KIMIA KUTAN			
Gula darah sewaktu	74	mg/dL	70-120
ureum	18	mg/dL	10-50
Creatinin	L 0.30	mg/dL	0.40-0.90
SGOT	H 41	u/L	0-35
SGPT	H 41	u/L	0-35
SERO IMUNOLOGI			
HBSAg Rapid	Non reaktif		Non reaktif

d. Terapi

infus RL 20tpr

injeksi kalmet 3x500mg

injeksi Parasetamol 6x500mg

PO : omeprazole tab 1x1 tab

Succalfat syr 3x2 sedek makan

Curcuma 3x1 tab

3. Analisa Data

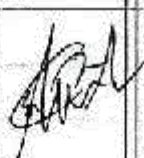
No	Tanggal	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD
1	9/6/2016	DS: klien mengatakan nyeri. P: klien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika dibantu tiduran dan tidak bergerak. Q: ay klien mengatakan nyeri seperti dipukul-pukul R: klien mengatakan nyeri	nyeri akut (00132) Domain: 12 kelas: 1	Agien cidera biologis	

		di bagian perut sampai ke pinggang S: klien mengatakan skala nyeri 6 T: klien mengatakan nyeri hilang timbul kurang lebih 3 menit. DS: - Ekspresi wajah klien tampak menahan nyeri - klien merengek (aduh-aduh) ketika alih posisi - klien tampak meringis ketika alih posisi - TD: 140/90 mmHg - N: 75x/menit - RR: 24x/menit - makan 1/4 porsi dari rumah sakit - klien tampak gelisah			
2	9/6/2016	DS: Klien mengatakan BAB 2-3 kali sehari dengan konsistensi lembek warna hitam. DO: - Klien tampak lemas - konjungtiva anemis - Klien tampak pucat - Hb 6.4 g/dL - Trombosit $218 \times 10^3/\mu\text{L}$ - nyeri tekan pada uluhati	Risiko gangguan perdarahan gastrointestinal. (00206) Domain: 11 Kelas: 2.		
3	9/6/2016	DS: klien mengatakan hanya diseka pagi hari. - Klien mengatakan belum berani ke kamar mandi karena sakit pada perutnya - Klien mengatakan gatal-gatal pada tubuhnya. DO: - kulit klien tampak kotor - terdapat bau badan pada klien.	Defisit Perawatan diri: mandi (00108) Domain: 4 Kelas: 5		

4. Prioritas Diagnosa Keperawatan

- Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
- Risiko Perdarahan dengan faktor risiko gangguan gastrointestinal
- Defisit Perawatan diri : mandi berhubungan dengan nyeri

5. Intervensi Keperawatan

Tanggal	No. Dx	NOC	NIC	TTD
9/6/2016	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan masalah keperawatan nyeri akut dapat berkurang dengan kriteria hasil yang diharapkan antara lain pain level dan pain control : - klien mampu mengontrol nyeri. - klien melaporkan rasa nyeri berkurang - klien tampak rileks	- Setelah Lakukan Pengkajian nyeri secara komprehensif. - Observasi reaksi non-verbal dari ketidaknyamanan - Ajarkan teknik non-farmakologi - Berikan terapi farmakologi. - Anjurkan klien untuk relaksasi - ukur fundus-fundus vital.	
9/6/2016	2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan masalah keperawatan Risiko Perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil antara lain At least reduction Blood Coagulation : - Hemoglobin dalam batas normal : (11.7-15.5) /dL - Trombosit dalam batas normal : (150-400) / 10^3 / μ L	- Observasi adanya darah dalam feses - Kurangi faktor stress - Berikan cairan infus - Cek ulang laboratorium darah lengkap - Berikan terapi farmakologi - monitor keadaan umum. - Cek adanya tanda-tanda perdarahan.	
9/6/2016	3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan masalah keperawatan Defisit Perawatan diri : mandi	- Kaji kemampuan klien untuk melakukan kegiatan mandi - Berikan bantuan sesuai Pungu. Pada hal-hal	

dapat teratasi dengan kriteria hasil antara lain: Self-Care: bathing

- klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri

yang tidak mampu dilakukan klien.

- motivasi untuk mandi/seka
- Anjurkan keluarga untuk menyeka klien
- bantu gosokkan air untuk seka.

6. Implementasi Keperawatan

waktu	No. Dx	Implementasi	Respon	TTO
12.30	1	- menguji nyeri		
13/6/2016	1	- memposisikan klien senyaman mungkin	- Posisi klien 20-30 derajat	
14.00	2	- mengganti plabot infus RL	- infus RL 20 tetes	
16.00	1	- Memberikan injeksi Ranitidin 50mg	- injeksi ranitidin masuk intravena bolus	
	1	- Memberikan injeksi Kalman 50mg	- injeksi kalman masuk intravena bolus	
	1	- Memberikan sucrafat 2 sendok makan	- sucrafat masuk Peroral	
	2	- memberikan curcuma 1 tab	- Curcuma masuk Peroral	
	1	- mengajarkan teknik nafas dalam	- klien mampu mendemonstrasikan teknik nafas dalam.	
	1	- mengukur tanda-tanda vital	- TD : 120 / 85 mmHg HT : 80x / menit Suhu : 36.7°C RR : 22 x / menit	
	2	- memonitor adanya tanda-tanda perdarahan.		
	3	- menyipkan air seka.		
19.00	2	- memonitor KU klien.	- KU : cukup, tampak lemas kesadaran : Compos mentis.	
20.00	1	- memberikan injeksi ranitidin 50mg	- injeksi ranitidin masuk intravena bolus	
	1	- Memberikan sucrafat 2 sendok makan	- sucrafat masuk Peroral.	

		1	- memberikan omeprazole 1 tab	- omeprazole masuk Peroral	
		2	- memberikan curcuma 1 tab	- Curcuma masuk Peroral.	
24.00		1	- memberikan injeksi ranitidin 50 mg	- injeksi ranitidin masuk intravena bolus.	
09.00		1	- memberikan injeksi ranitidin 50 mg	- injeksi ranitidin masuk intravena bolus	
05.00		3	- mengupayakan keluarga untuk menyeka klien.	- klien diseka oleh keluarga	
08.00		1	- memberikan injeksi ranitidin 50 mg	- injeksi ranitidin masuk intravena bolus.	
10/6/2016		1	- memberikan injeksi kalnex 50 mg	- injeksi kalnex masuk intravena bolus	
		1	- memberikan sucralfat 2 sendok makan	- sucralfat masuk Peroral	
		2	- memberikan curcuma 1 tab	- curcuma masuk Peroral.	
09.00		2	- memasang infus baru.	- terpasang infus RL 20 tpm	
12.00		1	- memberikan injeksi ranitidin 50 mg	- injeksi ranitidin masuk intravena bolus.	
14.00		2	- Mengganti fbit infus	- RL 20 tpm.	
15.00		1	- Memposisikan klien senyaman mungkin	- Posisi Klien 20-30 derajat	
16.00		1	- memberikan injeksi ranitidin 50 mg	- injeksi ranitidin masuk intravena bolus	
		1	- memberikan injeksi kalnex 50 mg	- injeksi kalnex masuk intravena bolus	
		1	- memberikan sucralfat 2 sendok makan	- sucralfat masuk perbolus.	
		2	- memberikan curcuma 1 tab	- curcuma masuk perbolus.	
		1	- mengukur fundus-fundus vital	- TD : 125/67 mmHg N : 80x /menit Suhu : 36.8°C	
		1	- mengajarkan teknik distraksi relaksasi	- RR : 20x /menit - Klien mampu mendemon- strasikan distraksi relaksasi.	
		2	- Mengambil sample darah		

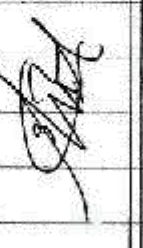
		3	- memotivasi klien untuk diseka	- klien mau diseka	
		3	- menyiapkan air seka	- Klien diseka oleh keluarga	
17.00		2	- Memonitor ke klien	- klien tampak lemas	
		2	- Mengobservasi adanya Perdarahan	- klien mengatakan BAB 1 kali sedikit hitam.	
20.00		1	- memberikan omeprazole 1 tab	- omeprazole masuk Peroral	
		1	- memberikan injeksi ranitidin 50 mg	- injeksi ranitidin masuk intravena bolus	
22.00		1	- memberikan sucralfat 1 tab 2 sendok makan	- sucralfat masuk Peroral	
		1	- memberikan injeksi ranitidin 50 mg	- injeksi ranitidin masuk intravena bolus	
		1	- memberikan injeksi kalnex 500 mg	- injeksi kalnex masuk intravena bolus	
		2	- memberikan Curcuma 1 tab	- curcuma masuk Peroral	
24.00		1	- memberikan injeksi ranitidin 50 mg	- injeksi ranitidin masuk intravena bolus	
09.00		1	- memberikan injeksi ranitidin 50 mg	- injeksi ranitidin masuk intravena bolus	
		2	- memberikan Curcuma 1 tab	- Curcuma masuk Peroral	
06.00		3	- memotivasi klien untuk mandi	- klien mengatakan akan mandi	
07.00		2	- mengobservasi adanya Perdarahan	- klien mengatakan BAB sudah hitam	
11/0/2016				- hitam.	
08.00		1	- memberikan injeksi ranitidin 50 mg	- injeksi ranitidin masuk intravena bolus	
		1	- memberikan injeksi kalnex 500 mg	- injeksi kalnex masuk intravena bolus	
		1	- memberikan sucralfat 2 sendok makan	- sucralfat masuk Peroral	
		2	- memberikan Curcuma 1 tab	- curcuma masuk Peroral	
09.00		1	- mengukur tanda-tanda vital	- TD: 100/62 mmHg NI: 74x/menit	

					Suhu: 36.5°C	
					RR - 20 x/menit	
	09.00	1	- memposisikan klien Sungaman mungkin	- Posisi klien semi owler.		
	11.00	2	- memberikan Penkes Anemia	- Klien dan keluarga kooperatif dalam pemberian edukasi		

7. Evaluasi Keperawatan

waktu	No. Dx	SOAP	TD
09/06/16 16.00	1	S : klien mengatakan nyerinya sudah sedikit berkurang pada perut sampai pinggang O : TD : 120/85 120/85 mmHg H : 80x/menit Suhu : 36 PC RR : 22 x/menit injeksi ranitidin ⊕ injeksi klorox ⊕ injeksi sucralfat ⊕ Peroral mengajarkan teknik nafas dalam ⊕ A : nyeri akut teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi : - lanjutkan program terapi - Ajarkan teknik distraksi relaksasi - atur posisi klien se nyaman mungkin - ukur tanda-tanda vital	
09/06/16 16.00	2	S : klien mengatakan hari ini BAB 2 kali warna hitam, klien mengatakan lemas. O : - klien tampak pucat - curcuma ⊕ Peroral A : resiko Perdarahan tidak terjadi P : lanjutkan intervensi	

			- lanjutkan program terapi - monitor adanya perdarahan - monitor keadaan umum - Ambil sample darah vena	
09/06/16 16.00	3	S: klien mengatakan sudah diseta oleh anaknya O: - Klien tampak segar - sedikit bau badan A: masalah defisit perawatan diri: mandi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi: - motivasi klien untuk mandi - Anjurkan keluarga klien untuk membantu klien seperlunya saja. - Bantu siapkan air suhu.		
10/06/16 21.00	1	S: klien mengatakan nyerinya sudah berkurang dengan skala nyeri 3. O: TD: 115/67 mmHg - N: 80x/menit - S: 36.8°C - RR: 20 x/menit - injeksi ranitidin ⊕ - injeksi kalnex ⊕ - omeprazole ⊕ peroral - sucralfat ⊕ peroral - Ekspresi wajah klien rileks. - latihan distraksi relaksasi ⊕ A: nyeri akut teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi - - Ukur tanda-tanda vital - lanjutkan program terapi - kaji nyeri - Anjurkan klien untuk relaksasi - Posisikan klien nyaman mungkin		
10/06/16 21.00	2	S: klien mengatakan BAB hanya 1 kali sedikit hitam. O: K: Baik		

		- Klien sudah tidak Pncap - Pengambilan sample darah ⊕ A: Risiko Perdarahan tidak terjadi P: lanjutkan intervensi: - lanjutkan Program terapi - tunggu hasil laboratorium - monitor keadaan umum.	
10/06/16 21.00	3	S: - Klien mengatakan diseka dua kali pagi dan sore. - Klien mengatakan merasa lebih nyaman O: - klien tampak segar. - tidak ada bau badan A: asat Defisit Perawatan diri: mandi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi - - motivasi klien untuk mandi - Anjurkan keluarga untuk membantu seperlunya saja.	
11/6/2016 11.30	1	S: Klien mengatakan sudah tidak nyeri. O: Klien sudah bisa berjalan-jalan TD: 108/62 mmHg N: 74x/menit S: 36.5°C RR: 20x/menit injeksi piritidin ⊕ injeksi kalnex ⊕ suksalfat ⊕ Peroral Omeprazole ⊕ Peroral Ekspresi wajah klien sudah rileks, ceria A: Nyeri akut teratasi P: Hentikan intervensi, pasien pulang.	
11/6/2016 11.30	2	S: Klien mengatakan BAB 1 kali sudah tidak hitam O: Hb = 9.1 g/dL Trombosit = $217 \times 10^3 / \mu L$ Penkes anemia ⊕ A: risiko Perdarahan tidak terjadi P: hentikan intervensi, pasien pulang	

11/6/2016
11-30

3

S : Klien mengatakan tadi pagi sudah mandi sendiri di kamar mandi dengan sabun.

Q : - klien tampak segar
- tidak ada bau badan

A : Depisit Perawatan diri : mandi teratasi

P : Hentikan intervensi. Pasien pulang



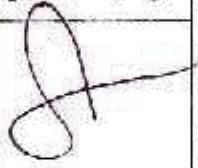
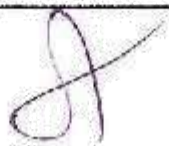
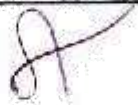
LEMBAR KONSUL BIMBINGAN KTI
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

2016

Nama Mahasiswa : Sigit Priyadi

NIM : A01301816

Kelas : 3C

NO	Hari/ tanggal	Topik bimbingan	keterangan	Paraf pembimbing
1	Sabtu/ 25/6/16	BAB I : Perbaiki kita belajar dengan resiko yang mungkin terjadi, tujuan disesuaikan dengan proses keperawatan, manfaat keilmuan dan aplikatif	Revisi	
2	Selasa/ 28/6/16	BAB I } Perbaiki BAB II } kembali BAB I, lengkap BAB II dengan teori dan sop yang mendukung analisa	Perbaiki penulisan, Perbaiki kutipan.	
3	Selasa/ 19/7/16	BAB III	- dokumentasikan sesuai dengan dokumen asli asisten keperawatan siapkan teori pendukung dan jurnal sebagai pembahasan di BAB mulai disiapkan PPT.	

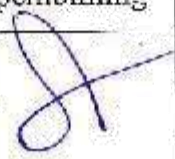
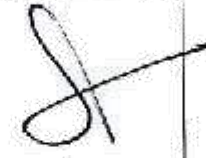
LEMBAR KONSUL BIMBINGAN KTI
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

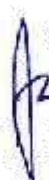
2016

Nama Mahasiswa : Sigit Priyadi

NIM : A01301816

Kelas : 3C

NO	Hari/ tanggal	Topik bimbingan	keterangan	Paraf pembimbing
4	Sabtu/23 Juli 2016	BAB IV BAB V PPT	- Pastikan membandingkan teori dengan kasus dan perbedaannya - kesimpulan dibuat mengacu pada tujuan - Slide presentasi max 15 slide dibuat poin-poin yang menarik. tidak memindahkan paragraf dari ms. word	
5		BAB I BAB II BAB III BAB IV BAB V	- Cek Sekali lagi Penulisan. - ACC, maju sidang	

6	Senin 15 - 08 - 2016	Revisi KTI	Perbaiki penulisan	
7.	Selasa 16 - 08 - 2016	Revisi KTI	ACC Penguji 1.	
8.	Selasa 16 - 08 - 2016	Revisi KTI	ACC Penguji 2	