

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil

##### 1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pada studi kasus ini penelitian dilakukan Diruangan Aisyah 1 Rumah Sakit Umum Bangkinang yang beralamat di batu belah kabupaten kampar,rumah Sakit Umum Bangkinang Adalah Rumah Sakit kelas 1,2 dan 3, dan juga vip

Di rumah sakit umum bangkinang sudah memiliki banyak dokter spesialis gigi,bedah,ahli jiwa,dan bedah. Peneliti juga mengambil studi kasus di ruangan pejuang merupakan ruang kelas III yang terdiri 44 bed dan jumlah perawat 19 orang.

Kasus yang sering ditemukan diruangan pejuang adalah anemia

##### 2. Pengkajian

###### A. Identitas pasien

Nama	:Ny.D
Umur	:76 TAHUN
Pendidikan	:SD
Suku Bangsa	:indonesia
Pekerjaan	:Petani
Agama	:Islam
Status Perkawinan	:menikah
Alamat	:Batu bersurat

No.Telp/HP :-  
No. Medical Record :170108  
Ruang Rawat :Aisyah 1  
Golongan Darah :A

**B. Penanggung Jawab**

Nama :Hairuman  
Pekerjaan :Petani  
Alamat :Batu bersurat  
No. Tlpn/HP : 081371850280

**C. Data Saat Masuk**

Tanggal Masuk RS :23-april-1019  
Jam Masuk RS : 05.30  
Yang Mengirimi/Merujuk :-  
Cara Masuk :JAMKESDA  
Alasan Masuk/Chief Complain :-  
Diagnosa Medis Saat Masuk :anemia  
Ruang Rawat : Aisyah 1  
Diagnosa medis :anemia  
Saat Pengkajian :Anemia

**D. Riwayat Kesehatan Sekarang :**

1. Keluhan Utama /Gejala : keadaan klien saat pengkajian klien mengatakan nafsu makan berkurang,

2. Kondisi atau keadaan klien saat pengkajian (menggunakan alat bantu ,jelaskan): pada tanggal 23-4-2019 pasien mengeluh mual dan muntah lemah dan lemas

Masalah keperawatan :ganguan penemuan nutrisi

**E. Riwayat Pengobatan Terakhir**

Apakah sudah berobat : () ya ( ) tidak

Bila berobat kemana :Pelayanan kesehatan

Penanganan yang diterima : ( ) dirawat

() berobat jalan

( ) obat-obatan

Bila di rawat kemana:

**F. Riwayat Kesehatan Yang Lalu**

1. Penyakit yang pernah diderita : tidak ada penyakit yang lalu

2. Penyebab penyakitnya : tidak ada penyakit

3. Apakah sudah berobat :()ya ( )tidak

Bila sudah kemana :kepelayanan kesehatan

Penanganan diterima :( ) di rawat

( ) berobat jalan

() obat-obatan

Bila berobat jalan : ( ) obat-obatan yang di terima

Bila di rawat :Alasan dirawat

Tindakan yang dilakukan :

Sembuh : ( ) ya ( ) tidak

4. Pernah operasi : ( ) ya (  ) tidak

Bila pernah

Kapan:

Tempat :

Lokasi operasi:

5. Alergi : ( ) ya (  ) tidak

Jika ya pada : ( ) makanan

( ) obat

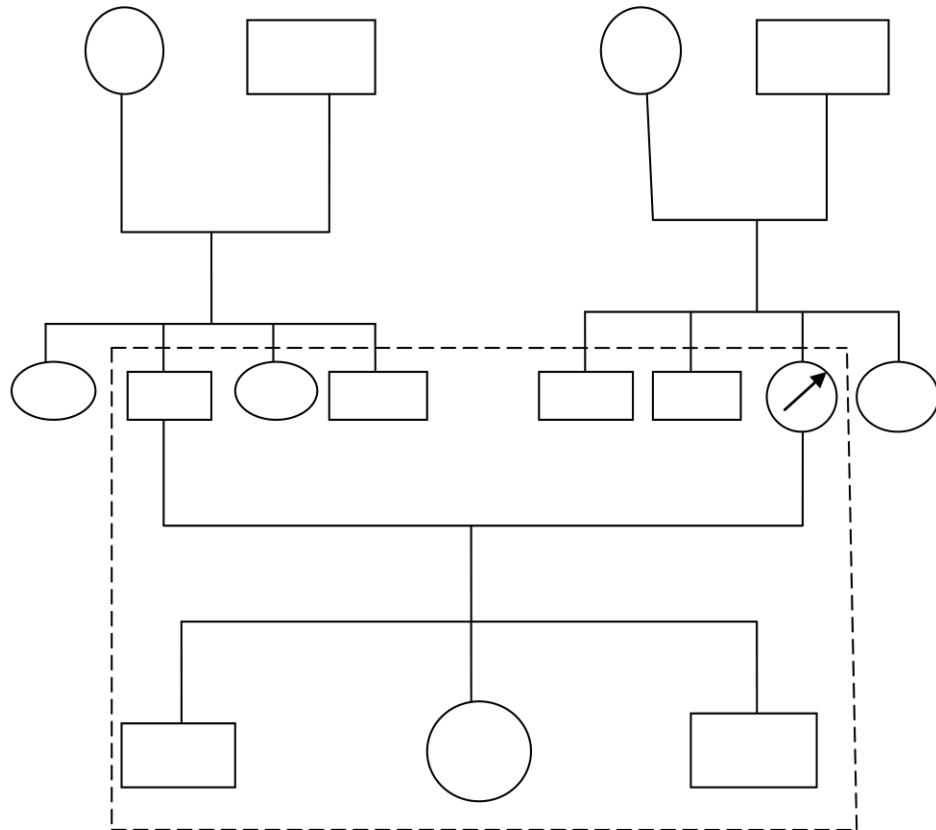
( ) lain lain

Jelaskan : -

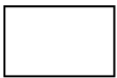
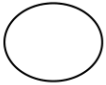



### **G. Riwayat kesehatan Keluarga**

1. Kejadian penyakit keturunan/menular/lain-lain: tidak ada penyakit keturunan
2. Genogram keluarga

**Gambar 4.1**  
**Gambar genogram**



Keterangan :

-  Laki laki
-  Perempuan
-  Sakit
-  meninggal
-  satu rumah

## H. Riwayat psikologis dan spritual

### a. Psikologis

Suasana hati/mood : baik

Karakter : baik

Keadaan emosional :stabil

Konsep diri : baik

Persepsi pasien terhadap penyakit nya:

Hal yang amat di pikirkan saat ini

- Mengharapkan bisa cepat sembuh

Harapan setelah menjalani perawatan

Bisa beraktivitas seperti dulu lagi

- Perubahan yang dirasakan setelah sakit

Mekanisme koping: -

### b. Sosial

- Orang yang terdekat dengan pasien : suami
- Hubungan antar keluarga : baik
- Hubungan dengan orang lain : baik
- Perhatian terhadap orang lain :baik
- Perhatian terhadap lawan bicara : baik
- Kegemaran/hobi : memasak

### c. Spritual

- Pelaksanaan ibadah :klian taat melaksanakan sholat 5waktu

- Kepercayaan /keagamaan :klien selalu berdoa
- Keyakinan kepada tuhan:yang maha esa
- Keluhan lain:tida ada keluhan
- Masalah keperawatan:tidak ada masalah keperawatan

## **I. Pola kesehatan fungsional**

### **1.)Pola nutrisi dan cairan**

#### **a. Makan**

##### **1. Sehat**

Pola makan :3x sehari

Makan pantangan :tidak ada makanan pantangan

Makan kesukaan :nasi putih

Diet khusus:tidak ada diet khusus

##### **2. Sakit**

pola makan : 1x1 sehari

diet:tidak ada diet

keluhan: ( )anoreksia ( )nausea

( )vomitus ( )disphagia

Makan pantangan :tidak ada makan pantangan

Perubahan berat badan:( ) meningkat (  )menurun

Jelaskan :karena nafsu makan berkurang

Keluhan lain:nafsu makan berkurang

**b. Cairan/minuman****1. Sehat :**

Pola minum : 9-15 gelas sehari

Minuman kesukaan : air putih

**2. Sakit**

Intake cairan : (  ) oral

Jumlah urine : normal 2-6 x sehari

Keluhan lain : tidak ada keluhan

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

**2.) Pola eliminasi****a. BAK****1. Sehat**

Jumlah urine: normal 1-6 X sehari

Warna: kuning

Bau: khas

Pola BAK :

(  ) urency ( ) polyuria

( ) olygouria ( ) urinary suppression

( ) dysuria ( ) anuria

Masalah eliminasi urine : ( ) retensi urine

( ) inkontinensia urine

( ) enuresis



( ) nokturia

( ) hematuri

## 2. Sakit

Jumlah urine : 1-5 X sehari

Bau : khas

Volume :

Pola BAK : (  ) urgency

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

## b. BAB

### 1. Sehat

Konsistensi : lemak

Bentuk : padat

Lendir : (  ) ada ( ) tidak

Darah : ( ) ada (  ) tidak

Masalah eliminasi : ( ) diare ( ) kembung

( ) konstipasi ( ) hemoroid/nyeri saat BAB

Keluhan lain : tidak ada keluhan lain

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

### 2. Sakit

Konsistensi : keras

Warna : kecoklatan

Bau : khas

Pola defekasi :

Bentuk : padat

Jumlah

Masalah eliminasi : ( ) diare

( ) konstipasi

( ) Fecal infection

( ) inkontinensia alvi

( ) kembung

( ) hemoroid/nyeri saat BAB

### 3.) Pola aktivitas/latihan

#### a. Sehat

Pola aktivitas sehari hari : sebagai ibu rumah tangga

Latihan fisik : tidak ada latihan fisik

Jenis : tidak ada

Frekuensi : tidak ada

Lama : tidak ada

Aktivitas yang membuat lelah : -

Gangguan pergerakan

Penyebab : -

Gejala : -

Efek : -

#### b. Sakit

Pola aktivitas sehari hari :

Latihan fisik: tidak ada latihan fisik, terbaring lemah di tempat tidur

Jenis : -

Frekuensi : -

Lama : -

Aktivitas yang membuat lelah: -

Gangguan pergerakan

Penyebab : -

Gejala : -

Efek : -

Masalah keperawatan: -

#### **4.) Pola istirahat tidur**

##### **a. Sehat**

Pola tidur

Malam : 8 jam

Siang : 3 jam

Total : 11 jam

Gangguan tidur : ( ) insomania

( ) parasomnia

( ) mendengkur dan apnoe tidur

( ) mengigau

( ) hypersomnia

( ) narkolepsi

Dampak pola tidur : (  ) segar

Alat bantu tidur : (  ) obat

**b. Sakit**

Pola tidur

Malam :5 jam

Siang :2 jam

Total :6 jam

Gangguan tidur : (  ) insomania

(  ) parasomnia

(  )mendengkur dan apnoe tidur

(  )mengigau

(  )hypersomnia

(  )narkolepsi

dampak pola tidur : (  )segar

Alat bantu tidur: (  )obat

Keluhan lain nya :

Masalah keperawatan:

## 5.) Personal hygien

### a. Sehat

Mandi : 2 x sehari

Gosok gigi : 2 x sehari

Cuci rambut : 3x seminggu

Potong kuku : 2x seminggu

Kebutuhan personal hygiene : -

### b. Sakit

Mandi : jarang

Gosok gigi : jarang

Cuci rambut : jarang

Potong kuku : jarang

Kebutuhan personal hygiene : -

Masalah keperawatan : defisit keperawatan diri

## J. Catatan khusus

1. Apakah pasien mengerti tentang penyakit yang dideritanya : ( ) ya  
(  ) tidak
2. Bila dulu pernah dirawat macam kegiatan perawatan apa yang dirasakan terganggu :
3. Bagaimana hubungan suami istri sebelum dan sesudah sakit : baik
4. Apakah ada pertanyaan yang di anjurkan : ( ) ya (  ) tidak
5. Bila ada :

## K. Pemeriksaan fisik

### 1. Umum

Keadaan umum : (  ) baik ( ) buruk ( ) cukup  
( ) sedang ( ) nyeri

Tingkat kesadaran : (  ) komposmetis ( ) apatis ( ) koma

Tinggi badan : 150 cm

Berat badan : 59 kg

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

### 2. Tanda – tanda vital

Suhu : 36,5

Nadi : 96

Pernapasan : 21

Tekanan darah ; 140/80

### 3. Integumen

#### Kulit

#### Infeksi

Kebersihan kulit : (  ) bersih ( ) kotor

Warna kulit : (  ) normal ( ) pucat ( ) coklat

Lesi : ( ) ya (  ) tidak

Jaringan perut : ( ) ya ( ) tidak

Edema : ( ) ya (  ) tidak

Kelembaban : ( ) lembab ( ) berminyak (  ) normal

Lain-lain : -

**Palpasi**

Suhu : ( ) dingin (  )hangat

Tekstur : ( ) halus ( ) kasar

Turgor : ( ) baik (  ) menurun

Masalah keperawatan : menurun warna kulit(pucat)

**4. Kuku****Infeksi**

Warna : (  ) normal ( ) sianosis ( ) puat

Bentuk : (  ) normal ( ) tidak

Lesi : ( ) ada (  ) tidak

Keadaaan : ( ) bersih (  ) kotor

**Palpasi**

Capillary refill : (  ) normal ( ) lembut

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

**5. Rambut dan kepala****Inspeksi**

Kuantitas : (  ) tipis ( ) lebab

Distribusi : (  ) normal ( ) jarang

**Palpasi**

Tekstur : ( ) halus ( ) kasar

Kulit kepala : ( ) normal ( ) peradangan

( ) nyeri tekan ( ) pembengkakan

Keadaan rambut : ( ) bersih (  ) ketombe

( ) kotor                      ( ) rontok

Masalah keperawatan : defisit keperawatan diri

## 6. Wajah/muka

### Inspeksi

Simetri                      : ( ) ya                      ( ) tidak

Ekspresi wajah : ( ) emosi                      ( ) tidak (  ) meringis

Kelainan                      : ( ) jerawat                      ( ) kanker

## 7. Leher

### Inspeksi

Warna                      : ( ) jaringan perut ( ) pembengkakan

Palpasi

Leher                      : ( ) panas                      : ( ) nyeri tekan

Kelenjer tiroid : ( ) besar/gondok : (  ) tidak

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

## 8. Thorax/dada dan paru-paru

Postur                      : (  ) normal                      ( ) elevasi klavikula

Bentuk                      : (  ) normal                      ( ) pigeon chest

Pola napas                      : (  ) bradipnea                      ( ) kusem

Sifat pernapasan : (  ) dada                      ( ) perut

## 9. Payudara

Inspeksi                      : (  ) normal                      ( ) tidak

Palpasi                      : (  ) normal                      ( ) pembengkakan

Lain-lain                      : -



Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

## 10. Kardiovaskuler

**Inspeksi** :

Pulsasi apikal : ( ) terlihat (  ) tidak terlihat

**Perkusi auskultasi** :

Murmur : ( ) ya ( ) tidak

**Bunyi jantung** :

S1 : ( ) normal ( ) tidak

S2 : ( ) normal ( ) tidak

Bunyi tambahan : ( ) S3 ( ) S4

Lain-lain :

Masalah keperawatan :

## 11. Abdomen/perut

**a. Abdomen inspeksi** : ( ) normal ( ) pembesaran

( ) jaringan perut ( ) vena-vena

Auskultasi :

Bising usus : (  ) terdengar ( ) sangat lambat

( ) tidak ada ( ) hiperatif

**Perkusi** :

Hepar : ( ) pekak

Limpa : ( ) redup

Abdomen : ( ) tymphani

**Palpasi ringan** : ( ) normal ( ) massa

( ) nyeri tekan ( ) distensi bladder

**b. Anus** : ( ) normal ( ) hemoroid  
( ) lesi ( ) kemerah-merahan

Lain-lain :

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

## 12. Genitalia

Inspeksi : ( ) normal ( ) tidak, sebutkan

Kateter : ( ) terpasang (  ) tidak

Palpasi : ( ) normal ( ) hernia  
( ) lesi ( ) nyeri tekan

Lain-lain :

Masalah keperawatan :

## 13. Muskuloskeletal inspeksi

Otot : ukuran : ( ) normal ( ) atrofi ( ) hipertropi

Kontraktur : ( ) ya ( ) tidak

Tremor : ( ) ya ( ) tidak

Tulang : ( ) normal ( ) deformitas

Tulang belakang : ( ) normal ( ) kiposis ( ) skoliosis  
( ) lordosis ( ) fraktur

Sendi : (  ) normal ( ) bengkak

ROM : ( ) normal ( ) terbatas

Lain-lain :

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

**14. Pernapasan/neorologi**

GCS (3-15) : 15

Orientasi : ( ) orang ( ) tempat ( ) waktu

Atensi : (  ) baik ( ) tidak

Berbicara : (  ) normal ( ) tidak

Sensasi : ( ) nyeri ( ) sentuhan  
( ) tekanan ( ) suhu

Penciuman : (  ) baik ( ) tidak berfungsi

Pengecapan : (  ) baik ( ) tidak baik

Ingesti-digesti : mengunyah (  ) mampu ( ) tidak  
: menelan (  ) mampu ( ) tidak

Gerakan : berjalan (  ) mampu ( ) tidak

Perestesia :

Kejang : ( ) ya (  ) tidak

Lain-lain :

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

**L. Hasil pemeriksaan diagnosa**

Hasil pemeriksaan laboratorium

HGB(hemoglobin) menurun 9,1 g/dl

HCT(hemotroit) menurun 25 %

Sel darah merah menurun 3,0 juta

**M. Program dokter**

Infus RL transpasi 3 kantong

Injeksi :

- Eftiaxione 2x1 1 ampul
- Lanso 1x1 1 ampul

### 3. ANALISA DATA DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

#### A. ANALISA DATA

**Tabel 4.2**  
**Tabel Analisa Data**

<b>NO</b>	<b>DATA FOKUS (DS&amp;DO)</b>	<b>MASALAH</b>	<b>PENYEBAB</b>
1	Ds: klien  mengatakan nafsu makan berkurang  Do:makan tidak  habis  seperempat  porsi	Ketidak  seimbangan nutrisi  kurang dari  kebutuhan tubuh	Nafsu makan  berkurang
2	Ds: klien  mengatakan kulit kepala merasa gatal  Do: klien tampak  menggaruk kepala, rambut  berketombe	Kurang terpenuhi  kebersihan rambut	Tidak mencuci rambut

3	Ds: klien  mengatakan  tidak tau  penyakitnya  Do: klien tampak  bingung tentang  penyakitnya	Kurang  pengetahuan	informasi
---	---	---------------------------	-----------

#### 4. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 4.3

Tabel Diagnosa Keperawatan

NO	DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN (BERDASARKAN PRIORITAS MASALAH)	TANDA TANGAN
1	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang nya asupan makana	
2	Defisit Keperawatan Diri Berhubungan kelemahan otot (mencuci rambut)	
3	Kurang pengetahuan berhubungan informasi	

## 5. RENCANA KEPERAWATAN

Nama :Ny.D

Umur :56 tahun

No. Register :170108

Dignosa medis : anemia

Ruangan ; aisyah 1

**Tabel 4.4**

**Tabel Rencana Keperawatan**

<b>NO</b>	<b>TGL/JAM</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAW ATAN</b>	<b>TUJUAN DAN KRITERIA HASIL</b>	<b>RENCANA TINDAKAN</b>	<b>RASIONAL</b>
1	23-04-2019	Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh yang berhubungan dengan kurangnya asupan makanan	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi dapat teratasi	a.Kaji riwayat nutrisi termasuk makanan yang di sukai a. Timbang berat badan tiap hari b. Berikan makanan	a. Mengidentifikasi defisiensi b. Mengawasi masukan kalori dan kualitas kekurangan konsumsi makanan c. Mengatasi

			dengan. Kriteria hasil: a. Berat badan/IMT dalam batas normal b. Terjadi peningkatan dalam porsi makan c. Berat badan pasien bertambah Pasien makan secara mandiri tanpa di dorong	sedikit dan frekuensi sering Kaji tanda-tanda vital	penurunan berat badan atau efektifitas d. Intervensi nutrisi e. Makan sedikit dapat menurunkan kelemahan dan meningkat kan pemasukan dan juga mencegah distensi gaster Untuk mengetahui kondisi
--	--	--	---	--	--



					pasien
2	23-4-2019	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan otot (mencuci rambut)	Setelah di berikan asuhan keperawatan selama 1x24 jam pasien mampu mempertahankan kebersihan rambut, merasa nyaman dan bersih. Kriteria hasil: klien dapat menjaga kebersihan rambut	Ajarkan klien untuk mencuci rambut	1. mengetahui kondisi kulit kepala secara umum 2. agar pasien merasa lebih nyaman dan segar 3. menambah wawasan pasien tentang pentingnya perawatan rambut

3	24-4-2019	Kurang pengetahuan berhubungan dengan informasi	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien bisa mengetahui penyakitnya dengan kriteria hasil: a. klien tampak tenang	1.Kaji tingkat pengetahuan tentang penyakitnya 2.Berikan pendidikan tentang penyakitnya	1.untuk mengetahui sampai mana pengetahuan klien sehingga memudahkan untuk memberikan penyuluhan 2.untuk menambah informaasi
---	-----------	---	--	--	---

## 6. TINDAKAN

### CATATAN KEPERAWATAN

Nama : Ny.D

Ruangan :aisyah 1

**Tabel 4.5**

**Tabel tindakan**

<b>TGL</b>	<b>JAM</b>	<b>NO.DX</b>	<b>TINDAKAN KEPERAWATAN</b>	<b>NAMA JELAS</b>
23/4/2019	11:00	DX 1	1.berkolaborasi dengan ahli gizi dalam memberi makanan yang yang sesuai dengan klien 2.memberikan minum air hangat 3.memberikan makanan sedikit tapi sering	Gusri yanti
23-4- 2019	11:30	Dx II	1.mengajarkan klien menjaga kebersihan 2. mencuci rambut	Gusri yanti
24-4- 2019	10:30	Dx III	Memberikan penyuluhan tentang penyakitnya	Gusri yanti

## 7. EVALUASI

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien : Ny. D

Kamar :aisyah 1

No register : 170108

Diagnosa medis :Anemia

**Tabel 4.6**

**Tabel evaluasi**

<b>TG L</b>	<b>NO. DX</b>	<b>JA M</b>	<b>SUBJEKTIF,OBJEKTIF,ANALISA,PLANNI NG(SOAP)</b>	<b>PAR AF</b>
23- 4- 201 9	Dx I	11:0 0	S: klien mengatakan mengatakan sudah nafsu makan  O: klien bisa menghabiskan ½ porsi  A: Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan  Berikan makanan sedikit tapi sering	
23- 4- 201 9	Dx II	11:3 0	S: klien mengatakan gatal-gatal dikepala  O:rambut klien tampak kotor, dan berketombe  A: defisit perawatan diri (mencuci rambut)  Teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan	

			Berikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri	
24- 4- 201 9	Dx III	10:3 0	S: klien mengatakan tidak mengetahui penyakitnya O: klien tampak bingung tentang penyakitnya A: masalah teratasi sebagian P: pertahankan kondisi Berikan promosi kesehatan	

## B. PEMBAHASAN

### 1. Pengkajian

Pada laporan kasus ini penulis melakukan pengkajian pada klien dengan anemia Ny, D nafsu makan berkurang mual dan muntah, lemas muka pucat

Pengkajian merupakan tahap yang sistematis dalam pengumpulan data tentang individu, keluarga, dan kelompok (Carpenitodan Moyet 2007, dalam Haryanto 2008). Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual

Menurut peneliti cara mudah mengenali pada klien Ny.D dengan anemia dengan cara 5 L yaitu: lemah, letih, lesu, lelah, lalai dan gejala lainnya warna pucat pada bagian kelopak mata, klien sering lelah saat melakukan aktivitas, dan klien sering mual muntah. Dan kebersihan rambut klien tidak bersih berketombe, klien juga tidak tau tentang penyakit nya. Klien mengatakan tidak ada penyakit keturunan. Klien menjadi ibu rumah tangga yang terdekat dengan klien adalah keluarga, klien memiliki 3 orang anak.

Menurut nanda 1 penyebab terjadinya anemia Adanya suatu anemia mencerminkan adanya suatu kegagalan sum sum atau kehilangan sel darah merah berlebihan atau keduanya. Kegagalan sum-sum (misalnya berkurangnya eritropoesis) dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor atau penyebab lain yang belum diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau hemolisis (destruksi).

Menurut penulis perbandingan diteori dan yang di prioritaskan hampir sama dengan teori.

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan secara prioritas adalah

HGB(hemoglobin) menurun 9,1 g/dl

HCT(hematokrit) menurun 25 %

Sel darah merah menurun 3,0 juta

## 2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan data objektif yang telah di peroleh padatahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan (hidayat 2006). Berdasarkan data yang di peroleh pada Ny.D Dengan Anemia Diruangan Rawat Inap Aisyah 1 Rumah Sakit Umum Bangkinang, maka disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang sesuai dengan tinjauan teori yang ada adalah :

1. Ketidak seimbangan keseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh Yang berhubungan dengan : kegagalan menelan atau ketidak mampuan mencerna makanan atau mengabsorpsi nutrient,
2. Intoleran aktivitas Yang berhubungan dengan:Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (Anemia)
3. Defisiensi pengetahuan Yang berhubungan dengan:Kurang paparan dan meningkat,Salah pengertian terhadap informasi,Tidak mengetahui sumber informasi

Menurut peneliti yang di temukan pada klien Ny.D dengan anemia hanya tiga diagnosa keperawatan.sedangkan menurut teoritis ada 5 diagnosa.

Sedangkan Diagnosa keperawatan yang di prioritaskan adalah :

1. Defisit Keperawatan Diri Berhubungan kelemahan otot
2. Kebutuhan nutrisi kurang dari tubuh yang berhubungan dengan kurangnya asupan makanan,
3. Kurang pengetahuan berhubungan informasi

Hal ini didasarkan bahwa masalah ini dapat menyebabkan komplikasi pada klien Ny.D dengan Anemia

Menurut penulis dengan klien Ny.D dengan Anemia perbandingan antara teoritis dengan yang di prioritaskan hampir sama dengan teori

### **3. Intervensi /perencanaan**

Perencanaan yang diberikan pada klien anemia secara prioritas adalah tinjau riwayat nutrisi, ajarkan klien minum air hangat, ajarkan klien makan sedikit tapi sering, kaji tingkat pengetahuan tentang penyakitnya, berikan pendidikan tentang kesehatan tentang penyakitnya.

Tinjau riwayat nutrisi, beri air minum hangat, beri makan sedikit tapi sering merupakan tujuan mampu menghabiskan 1 porsi makanan, kebutuhan nutrisi terpenuhi, mempertahankan keseimbangan berat badan yang sesuai,

Sedangkan menurut teoritis adalah Tinjau riwayat nutrisi, termasuk pilihan makanan.



Observasi dan catat asupan makanan klien, Timbang berat badan secara berkala, Rekomendasikan makanan porsi kecil dan sering, Sarankan makanan lunak kurangi makanan kasar dengan menghindari makanan yang panas, pedas, atau sangat asam, sesuai indikasi, Mintak klien mencatat dan melaporkan terjadinya mual dan muntah, flauts, dan gejala terkait lainnya.

Menurut penulis perbandingan antara teoritis dan yg prioritaskan adalah jika yang di prioritaskan lebih cendrum apa yang kita lihat dengan nyata. Dalam perencanaan di tetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil, dan evaluasi tujuan yang ditetapkan mengacu pada SOAP (subjektif, objektif, asesmen, dan planing) dan kriteria sesuai dengan kondisi klien

#### **4. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan setiap hari, dengan melakukan observasi keadaan klien agar mengetahui perkembangan keadaan klien setiap hari. Pada hari selasa 23 april 2019 jam 11.00 wib klien Ny.D rambut Ny.D tampak bersih dan tidak berketombe lagi, TD: 140/80mmhg, N:91x/m, P:22x/m, S:36,2°C intervensi dilanjutkan poin 1-4. Sedangkan pada tanggal yang sama dan bulan yang sama dengan jam yang berbeda yaitu jam 11:30 wib klien sudah nafsu makan habis ½ porsi TD: 140/80mmhg, N:91x/m, P:22x/m S:36,2°C intervensi dilanjutkan kolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian analgetik. Pada hari rabu tanggal 24 april 2019 jam 10:30 wib

klien sudah mengetahui tentang penyakitnya TD:140/80mmhg, N:90x/m,  
P:20x/m S:36,0°C.

intervensi di pertahankan

Evaluasi untuk mengatasi masalah defisit keperawatan diri berhubungan dengan rambut berketombe memperlihatkan bahwa klien bisa menjaga kebersihan, dan mencuci rambut.

Hasil evaluasi untuk mengatasi masalah kurang pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna makanan memperlihatkan bahwa klien bisa menghabiskan 1 porsi makanan.

Evaluasi untuk mengatasi kurang pengetahuan berhubungan informasi memperlihatkan bahwa klien bisa mengetahui tentang penyakitnya. Hasil ini memperlihatkan bahwa masalah teratasi sebagian, meski demikian intervensi tetap di lanjutkan dengan tujuan mempertahankan kondisi yang lebih baik, bahkan kualitas kesehatan semakin lebih baik.

## **BAB V**

### **KESEMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil penulis mengkaji dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Ny.D dengan anemia, penulis akan menyimpulkan asuhan keperawatan pada klien Ny.D Dengan Anemia Di Ruangan Rawat Inap Aisyah 1 Rumah Sakit Umum Aderah Bangkinang

##### 1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan 1 klien Ny.D dengan anemia, klien mampu menghabiskan 1 porsi makanan, klien tidak pucat lagi, dan hemoglobin klien kembali normal

##### 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa didapatkan dari keluhan klien Ny.D penulis menemukan diagnosa prioritas yaitu Anemia

##### 3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan berdasarkan analisa data yang telah dilakukan dimana didapat diagnosa keperawatan yaitu Anemia rencana keperawatan pada masalah anemia tinjau riwayat nutrisi, ajarkan klien minum air hangat, ajarkan klien makan sedikit tapi sering, kaji tingkat pengetahuan tentang penyakitnya, berikan pendidikan tentang kesehatan tentang penyakitnya.

#### 4. Implementasi keperawatan

Pada implementasi keperawatan bisa saja berbeda dengan intervensi yang di buat, karena penulis harus menyesuaikan kondisi klien, tapi yang di implementasikan ada satu tambahan yaitu mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat.

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada klien Ny.D dengan anemia yang dilakukan 2 hari,tindakan keperawatan mendapat kan hasil positif melalui teknik SOAP,hasil laboratorium klien sedah memenuhi batas normal.

### **B. Saran**

#### 1. Bagi klien dan keluarga

Keluarga dapat ikut serta dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Ny.D dengan anemia sehingga klien merasa ada dukungang yang dapat mempercepat proses penyembuhan penyakitnya.

#### 2. Bagi perawat

Diharapkan mampu berkoordinasi dengan tim kesehatan yang lain yaitu: dokter dan ahli gizi karena untuk menangani klien membutuhkan asuhan keperawatan yang mengutamakan rasa nyaman,dan kebutuhan sehingga masalah cepat teratasi

### 3. Bagi institusi universitas pahlawan

Agar dapat meningkatkan mutu pendidikan yang berkualitas dan profesional sehingga dapat tercipta perawat profesional dan mampu memberikan asuhan keperawatan yang baik.