

Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Nopi Nur Khasanah, M. Kep,
Sp.Kep.An

NIDN : 0630118701

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa prodi DIII keperawatan FIK UNISSULA Semarang, sebagai berikut:

Nama : Zusqi Maulana

Nim :48901700086

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An. F Dengan Anemia Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang,20April 2020

Pembimbing



Ns. Nopi Nur Khasanah, M. Kep, Sp.Kep.An

NIDN. 0630118701

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Nopi Nur Khasanah, M.Kep,

Sp.Kep.An

NIDN : 0630118701

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa prodi DIII keperawatan FIK UNISSULA Semarang, sebagai berikut:

Nama : Zusqi Maulana

Nim : 48901700086

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.F DENGAN ANEMIA DI RUANG BAITUNNISSA 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG.

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebut di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Februari 2020 sampai dengan 28 agustus 2020 bertempat di Prodi DIII keperawatan FIK UNISSULA Semarang. Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 20 April 2020

Pembimbing



Ns. Nopi Nur Khasanah, M.Kep, Sp.Kep.An

NIDN. 0630118701

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS
ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII
KEPERAWATAN FIK UNISSULA
2020**

NAMA MAHASISWA : Zusqi Maulana
NIM : 48901700007
JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.F
**DENGAN ANEMIA DI RUANG
 BAITUNNISSA 1 RUMAH SAKIT ISLAM
 SULTAN AGUNG SEMARANG**
PEMBIMBING : Ns. Nopi Nur Khasanah, M. Kep, Sp.Kep.An

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Rabu, 26 Februari 2020	Pengambilan kasus KTI	Pengkajian harus lengkap	
Rabu, 04 Maret 2020	Askep	Lengkapi sesuai masukan Lanjutkan Bab I dan II	
Rabu, 11 Maret 2020	Bab I dan II	Daftar staka, perbaiki latar belakang, umber	

		pathways, data dari situs resmi dan terbaru	
Senin, 16 Maret 2020	Bab I dan II	Lanjutkan Bab III	

Rabu, 01 April	Bab III	Lanjut Bab IV	
Senin, 20 April 2020	Bab IV	Dijelaskan antara teori dengan data pasien	
Sabtu, 25 April 2020	Bab I-V	Perbaiki sesuai dengan kasus pasien dengan menyesuaikan teori keperawatan	
Jumat, 01 Mei 2020	BAB I-V	Perbaiki penulisan dengan menggunakan pedoman buku karya tulis ilmiah	
Senin, 04 Mei 2020	Keseluruhan KTI	Menyiapkan lampiran- lampiran tulis tangan	
Kamis, 07 Mei 2020	Bab I-V	ACC, Persiapkan ujian sidang	
Sabtu, 09 Mei 2020	BAB I-V	Turnitin	
Senin, 15 Juni 2020	BAB I-V	Revisi perbaikan sidang	

Selasa, 25 Agustus 2020	REVISI BAB 1-5	Untuk pembahasan dikurangi untuk menuliskan kembali BAB 3, tetapi lebih dibahas bagaimana secara referensi dan jurnal penelitian	
Rabu, 26 Agustus 2020	Revisi BAB 1-5	Teliti lagi, banyak penulisan yang <i>typho</i> , kaidah penulisan Belum sesuai Penggunaan tanda baca spasi dll	
Kamis, 27 Agustus 2020	BAB 1-5	Turnitin	
Jumat, 28 Agustus 2020	BAB 1-5	ACC	

Lampiran 3

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN F
DENGAN DIAGNOSA ANEMIA + VOMITUS
DI RUANG BAITUN NISA 1
RS. ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

ZUSDI MAULANA
AB901700086.

Program studi DIII Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Islam Sultan Agung
Semarang
2020

ASUHAN KEPERAWATAN
Pada Anak An. F DENGAN MASALAH
ANEMIA
Di Ruang BATTUNNISA 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN ATUNG
SEMARANG

Nama : ZUSOI MAULANA

Nim : 48961700086

I. Identitas Data

A. Klien : An F
Nama : Demak 08 - 12 - 2003 / 16 Thn 2 bnr 21 hari
Tempat / tanggal lahir:
Usia :
Pendidikan : SMA
Alamat : Demak
Agama : Islam
Tanggal masuk : Sabtu 29 Maret 2020
No cm : 01 - 40 - 77 - 44

B. Penanggung Jawab

Nama ayah : Tr S
Pekerjaan : wiraswata
Agama : Islam
Alamat : Demak
Suku : Jawa

II. keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri di bagian perut dan belum bisa BAB
selama 3 hari yang lalu

III Riwayat kesehatan sekarang

Klien sebelumnya mengalami demam, klien mengatakan suhu tubuh
sebelumnya 38°C dan turun setelah di beri obat parasetamol.
Sebelum dibawa ke rumah sakit klien muntah 3 kali

IV Riwayat masa lampau

1. Preratal

Ibu klien mengatakan tidak ada keluhan saat mengandung.

2. Natal

Ibu klien mengatakan anaknya lahir dengan seponan

3. Post Natal

Ibu klien mengatakan setelah persalinan kondisi anaknya normal, antro pometri anak.

TB:

BB: 2,9 kg

Lk:

LD:

4. Penyakit waktu kecil

Ibu klien mengatakan tidak memiliki riwayat sakit

5. Pernah dirawat di RS

baru kali ini anaknya dirawat di Rumah sakit

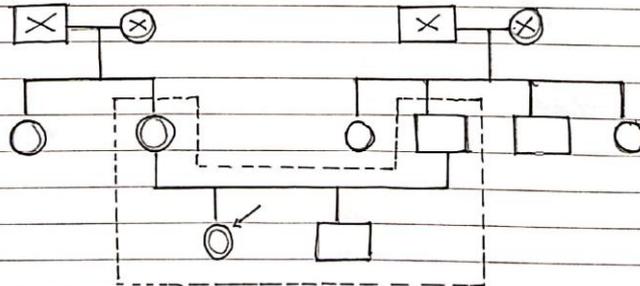
6. obat-obat yang digunakan.

Ibu klien mengatakan tidak ada obat yang di gunakan.

7. Imunisasi

Jenis	usia	imunisasi
Hibatis	6 Bulan	✓
Bcg	1 Bulan	✓
Polio	1 Bulan	✓
DPT	3 Bulan	✓
DPT II	4 Bulan	✓
campak	9 Bulan	✓
campak TII III	8 tahun	✓

✓ Riwayat keluarga.



Keterangan : □ : laki-laki

○ : Perempuan

X : meninggal

✓ : klien

T : garis keturunan

.... : tangga sekawarga.

VISION

VI Riwayat sosial

klien mengatakan tinggal di pesantren. Ibu klien mengatakan dari kecil klien memiliki sifat pendiam. Klien mengatakan lingkungan pesantren bersih.

VII Keadaan kesehatan saat ini

Diagnosa medis: Anemia + Dehidrasi + vomitus

Tindakan medis: pemasangan infus.

VIII Pengkajian pola Fungsi Menurut Gordon.

1. Persepsi kesehatan

Ibu klien mengatakan waktu kecil selalu memeriksa kesehatannya secara rutin di posyandu untuk di berikan imunisasi. Ayah klien tidak merokok.

2. Nutrisi

Klien sebelum sakit klien makan sehari 3 x pada pagi dan malam berupa nasi dan tidak berkuah, lauk sering kali tahu tempe kempl Mie. Jarang makan sayur, minum air putih hanya satu botol kecil. Selama sakit klien makan sehari 3 x dari gizi tetapi saat makan rasanya ingin muntah, dan terpasang infus, cairan ke 30 tpm.

3. Eliminasi

Sebelum sakit klien BAB 3 hari sekali dengan konsistensi keras dan berwarna hitam. Pada saat sakit tidak bisa BAB selama 5 hari. Pola Bak tidak ada gangguan.

4. Aktifitas dan latihan

Sebelum sakit klien mandi sehari 2 x dan setiap habis mandi ganti baju. Pasien memiliki kemandirian dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti mencuci, menepel dan mencuci baju sendiri.

5. tidur dan istirahat

klien mengatakan tidur sehari 8 jam. Pada waktu siang hari tidur 1 jam pada malam hari klien tidur 4 jam dari jam 23-00 - 03-00 dan sering menguap saat mau tidur.

6. kognitif / Perseptual

klien mengatakan tidak ada gangguan dalam penglihatan dan pendengaran. semua keputusan tergantung orangtua. Klien merespon saat ditanya dan menjawabnya.

P: Pasien mengatakan nyeri S: A

Q: Perih

T: Mendadak hilang timbul.

R: Perut sebelah kiri

VISION

7. Persepsi sendiri / konsep diri

Pasien mengatakan sebelum sakit Ruen aktif dalam kegiatan sekolah saat sakit cenderung lemas tidak bersemangat, merasa kesepian tidak ada teman selain Ibu.

8. Peran dan hubungan

Klien mengatakan Peran hubungan keluarga baik selalu beresita saat berkumpul. Ibu dan ayahnya selalu menyuruh klien supaya disiplin sekolah dan belajar

9. Seksualitas

Klien mengatakan masih membutuhkan kasih sayang seorang ayah dan Ibu. Klien mengatakan pertama kali mengalami menstruasi pada kelas 6 sd kurang lebih umur 12 th.

10. coping / toleransi stres

Klien mengatakan tidak tau tentang penyakitnya sehingga klien merasa cemas dan stres dengan kondisinya. Pasien tampak lemah dan lesu

11. Sistem kepercayaan

Klien mengatakan beragama Islam dan selalu melakukan shalat 5 waktu dalam sehari karena wajib seorang muslim. orang tua selalu membimbing supaya menjadi anak baik. Klien mengatakan selalu berdoa semoga cepat sembuh karena penyakit watangnya dari Allah.

B. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum

Kesadaran : Compos mentis

Keadaan umum : Lemah

2. Tanda - Tanda vital : S : 37.5 RT : 20

N : 80 PR : 99

TD : 130/90 mmHg

3. Antropometri : TB : 146

BB : 40

4. Kepala :

- Bentuk Normocephali

- Rambut hitam lurus panjang

5. Mata :

- bentuk simetris

- konjungtiva anemis

- sklera tidak ikterik

- tidak ada pembesaran pupil

VISION

6. Hidung : - tidak ada sekret
 - lubang hidung simetris
 - tidak ada cuping hidung
7. Mulut : - mulut bersih
 - bibir simetris dan kering
 - bibir simetris
8. Tengga : - daun telinga simetris
 - tidak ada serumen
 - pendengaran baik
9. Leher : - tidak ada pembesaran tyroid dan kelenjar linfe.

10. Dada : - perkembangan dada simetris
 - tidak ada nyeri tekan.
 - dada membulung

11. Paru - paru : I: perkembangan dada simetris
 R: tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan. tidak ada atelektasis.
 P: Sonor
 A: Vesikuler

12. Jantung : I: letus kardiak tidak nampak
 P: Pekak
 Pa: letus kardiak teraba di letus 5
 A: S₁ S₂ reguler suara luput.

13. abdomen : I: tidak ada luka simetris
 P: Pekak
 Pa: tidak ada massa tidak ada nyeri tekan.
 A: bising usus 3x / menit

14. Genetalia : tidak ada hemoroid, tidak ada nyeri saat BAK

15. Ekstermitas: Tidak ada edema, terpasang infus sebelah kiri
 tidak ada luka

16. Kulit : warna kulit sawo matang, CRT 3 detik

c. Pemernesaan perkembangan

klien mengatakan selama di pesantren selalu bergaul dengan teman satu kamarnya, pertumbuhan emosi meningkat, selalu berkomunikasi dengan orang yang lebih tua. klien di sekolah mengikuti kegiatan Ojib.

D. Therapy

- 1. Infus : RL 30 tpm
- 2. INJEKSI
 - a. Ceftriaxone : 1 gr 2x1 (fungsi untuk mencegah infeksi bakteri)
 - b. Ronididin : 50 mg 2x1 (untuk mengatasi asam lambung)
- 3. Oral : Paracetamol 500 mg : 3x1 (fungsi obat mengatasi nyeri otot, sakit kepala demam)
- 4. SUPPOSITORIA : Microlax : 5 ml 2x1 (untuk mengatasi susah buang air besar)
- 5. Tindakan keperawatan : Muntah ac Buran : untuk menenangkan kecemasan
gejala meredakan otol untuk mengurangi nyeri

E. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	satuan	keterangan
Hematologi				
Darah rutin				
Hemoglobin	7.9	L 11.7 - 15.5	g/dl	
Hematokrit	27.8	L 33 - 45	%	
leukosit	6.35	H 3.6 - 11.0	ribu/ml	
Trombosit	404	H 154 - 386	ribu/ml	
Golongan kimia				
NA, K, Cl				
Natrium	141.5	135 - 147	mml/L	
Kalium	4.11	3.5 - 5	mml/L	
Chlorid	108.9	H 95 - 105	mml/L	

Tgl Jum	Data Fokus	Problem	etiologi	TD
13 20		nyeri akut	Agan Pencidera fisiologis	Jm.
0700	<p>Ds: Klien mengatakan nyeri sebelah kiri</p> <p>DO: Klien tampak memegang perut, mengeluh nyeri dan geisah.</p> <p>P: nyeri perut</p> <p>R: Penh</p> <p>R: Perut sebelah kiri</p> <p>S: 4 (NRS)</p> <p>T: hilang timbul.</p>			
1000	<p>Ds: Klien mengatakan Tidak bisa BAB dan belum bisa BAB selama 3 hari</p> <p>Do: Suara bisung ulu hipoaktif dan Klien tampak lemas.</p>	<p>Disfungsi motilitas Gastro intestinal</p>	konstipasi	

6. prioritas masalah

1. nyeri akut berhubungan dengan agan Pencidera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri dan mringis, bersifat protektif dan geisah
2. Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan intoleransi makanan dibuktikan dengan konstipasi

XIV. Planing

Tgl	Dx	Tujuan dan kriteria Hasil	Planing
	1.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan nyeri berkurang.	Observasi :
		dengan kriteria hasil	• Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. skala nyeri
		• keluhan nyeri menurun	Terapeutik :
		• tidak meringis	• Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengatasi nyeri (memberikan terapi musik)
		• tidak gelisah	• kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan).
		• kesulitan tidur menurun	• Fasilitasi istirahat tidur.
		• frekuensi snack' membaik	Edukasi :
			• Jelaskan penyebab nyeri
			• Anjurkan menggunakan analgetik secara cepat

GELATIK

		DX2. Setelah dilakukan tindakan selama 3x 24 jam. diharapkan dengan kriteria hasil :	Observasi :
		• Distensi abdomen menurun.	• Periksa tanda dan gejala konstipasi
		• Nyeri abdomen menurun	Triputik :
		• Iram abdomen menurun.	•
		• Peristaltik usus meningkat.	Edukasi :
			• Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan
			• Anjurkan Peningkatan Asupan cairan.
			Kolaborasi :
			• Kolaborasi penggunaan obat Pencacah . jika perlu.

IMPLEMENTASI

Jam	DX	Implementasi	Respon Pasien.
07:00 1/3	1.	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi intensitas nyeri	DS: Pasien mengatakan nyeri di Perut, merasakan Perut terasa sebah skala 4 DO: Pasien nampak meringis dan memegang Perut
		kolaborasi dengan dokter dengan	
08:00	2.	Memberikan obat pencacah	DS: Pasien mengatakan Perut terasa Peruh. DO: Pasien nampak memegang Perut.
09:00	1.	mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (menurunkan suhu ruangan)	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang DO: Pasien nampak melepas jaket.
09:30	1.	Memberikan teknik non farmakologi untuk mengatasi nyeri	DS: Pasien mengatakan masih nyeri DO: Pasien tampak rileks saat mendengarkan musik

GELATIK

2/20 3	1. Menjelaskan penyebab nyeri	DS: Pasien mengatakan paham DO: Pasien nampak paham tentang penyebab nyeri
	2. Memeriksa tanda dan gejala konstipasi	DS: Pasien mengatakan sudah 4 hari belum BAB, kurang minum, pasien mengatakan tidak selera makan yang berkurang dan bersayur. DO: Abdomen teraba keras
	2. Mengajukan peningkatan asupan cairan. Berkolaborasi dengan	DS: Pasien mengatakan setuju dengan anjuran perawat DO: Pasien kooperatif
	1. Memberikan obat Ranitidin 50 grm	DS: Pasien mengatakan mual, mual dan nyeri perut DO: Pasien kooperatif
	1. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengatasi nyeri (memberikan terapi musik)	DS: Pasien mengatakan masih nyeri skala 4 DO: Pasien tampak rileks saat mendengarkan musik
3/3 20	1. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengatasi nyeri (memberikan terapi musik)	DS: — DO: Pasien terlihat kooperatif
	1. Mengidentifikasi nyeri.	DS: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri DO: Pasien tampak lega dengan skala 3
	2. Memeriksa tanda dan gejala konstipasi	DS: pasien mengatakan sudah bisa BAB DO: Pasien tampak lega.

GELATIK

Tgl Jam	DA		
3/20 3	1		<p>S: - Pasien mengatakan nyeri di Perut, Perut serasa begah skala 4</p> <p>- Pasien mengatakan bedinginan</p> <p>O: - Pasien meringis dan memegang Perut</p> <p>C: - Pasien nampak memegang perut</p> <p>C: - Pasien nampak rileks saat Mendengarkan musik.</p> <p>A: - Masalah belum teratasi</p> <p>P: - lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab nyeri 2. berikan obat 3. berikan teknik nonfarmakologi dengan mendengarkan musik
	2.		<p>S: Pasien mengatani perut terasa penuh</p> <p>O: pasien tampak memegang Perut</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: - lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala 2. Anjurkan peningkatan asupan cairan.
3/20 3	1.		<p>S: - Pasien mengatakan mual dan nyeri perut skala 4</p> <p>O: - Pasien tampak rileks saat mendengarkan musik.</p> <p>A: - Masalah belum teratasi</p> <p>P: - lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian teknik nonfarmakology dengan mendengarkan musik 2.

GELATIK

	2.	<p>S: Pasien mengatakan sudah 4 hari belum BAB. kurang minum. Pasien mengatakan tidak suka makan yang berkuah dan bersayur.</p> <p>O: abdomen terasa keras.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>1. Periksa tanda dan gejala.</p>
$\frac{3}{3}$ 20	1.	<p>S: - Pasien mengatakan sudah tidak nyeri.</p> <p>O: Pasien tampak lega</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>
	2.	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa BAB</p> <p>O: pasien tampak lega</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>

