

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. W DENGAN DIAGNOSA
MEDIS ANEMIA DI RUANG C2 RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh:

Ni Putu Gita Wirani, S.Kep
NIM 203.0078

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2021

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. W DENGAN DIAGNOSA MEDIS ANEMIA DI RUANG C2 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh:

Ni Putu Gita Wirani, S.Kep
NIM 203.0078

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2021

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 16 Juli 2021

Penulis



Ni Putu Gita Wirani, S.Kep
NIM. 203.0078

HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Ni Putu Gita Wirani, S.Kep
NIM : 2030078
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. W dengan Diagnosa
Medis Anemia di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Ilmiah Akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns)

Surabaya, 18 Juli 2021

Pembimbing



Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,MSc
NIP. 03.006

Ditetapkan : Di Surabaya
Tanggal : 18 Juli 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari

Nama : Ni Putu Gita Wirani
Nim : 2030078
Program Studi : Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. W dengan
Diagnosa Medis Anemia di Ruang C2 RSPAL Dr.
Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di Stikes Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “PROFESI NERS” pada prodi Profesi Ners Stikes Hang Tuah
Surabaya

Penguji I : **Ninik Ambar Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep**
NIP. 03.039



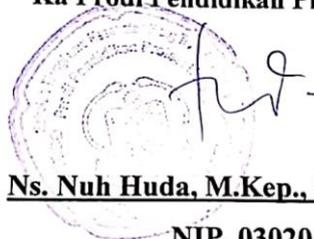
Penguji II : **Nisha Dharmayanti R, S.Kep.,Ns.,M.Si**
NIP. 03.045



Penguji III : **Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,MSc**
NIP. 03.006



Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners



Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

Ditetapkan : Surabaya
Tanggal : 21 Juli 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL, Sp. KL selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktek untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Ibu Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,MSc selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Ibu Ninik Ambar Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Penguji I yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Nisha Dharmayanti Rinarto, S.Kep., Ns., M.Si selaku Penguji II yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen, Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan Ners A11 tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah AKhir ini dapat terselesaikan.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 16 Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penulisan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penulisan.....	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.5.1 Metode.....	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	5
1.5.3 Sumber Data	5
1.6 Sistematika Penulisan	6

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Definisi Anemia	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi	8
2.1.3 Etiologi Anemia	18
2.1.4 Manifestasi Klinis Anemia	18
2.1.5 Faktor Terjadinya Anemia.....	19
2.1.6 Kriteria Anemia.....	22

2.1.7 WOC (<i>Web Of Caution</i>) Anemia (Wijaya & Putri, 2013)	23
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	24
2.1.9 Penatalaksanaan	25
2.1 Konsep Asuhan Keperawatan	26
2.2.1 Pengkajian.....	26
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	30
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	32
2.2.4 Implementasi	39
2.2.5 Evaluasi	39

BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian.....	40
3.1.1 Biodata	40
3.1.2 Riwayat Sakit dan kesehatan	40
3.1.3 Genogram.....	41
3.1.4 Pemeriksaan Fisik	41
3.1.5 Pemeriksaan Penunjang	45
3.1.6 Terapi Medis.....	46
3.2 Analisa Data.....	47
3.2.1 Prioritas Masalah Keperawatan	49
3.3 Rencana Asuhan Keperawatan	50
3.4 Implementasi & Evaluasi.....	54
3.5 Evaluasi Sumatif	67

BAB 4 PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian.....	70
4.1.1 Riwayat Kesehatan	70
4.1.2 Pemeriksaan Fisik	71
4.2 Diagnosa Keperawatan	74
4.3 Perencanaan Keperawatan	78
4.4 Pelaksanaan Keperawatan.....	81
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	82

BAB 5 PENUTUP

5.2.1 Simpulan	85
----------------------	----

5.2.2	Saran	86
5.2.1	Bagi Rumah Sakit	86
5.2.2	Bagi Institusi Pendidikan	86
5.2.3	Bagi Perawat.....	86
5.2.4	Bagi Penulis Selanjutnya	87
DAFTAR PUSTAKA		88

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kriteria Anemia	12
Tabel 2.2	Intervensi Keperawatan	15

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Komponen Darah	8
Gambar 2.2 Komposisi Darah.....	10
Gambar 2.3 Elemen padat darah	11
Gambar 2.4 Struktur Eritrosit.....	12
Gambar 2.5 Molekul Hemoglobin	13
Gambar 2.6 Pembentukan, penghacuran eritrosit	14
Gambar 2.7 Tipe Leukosit	17

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum vitae</i>	90
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	91
Lampiran 3 standar Prosedur Operasional ROM	92
Lampiran 4 Standar Prosedur Operasional Pengaturan Posisi	94

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang paling utama. Dari masalah kesehatan yang paling sering dijumpai di negara berkembang adalah anemia. Anemia adalah kondisi ketika jumlah sel darah merah yang berfungsi membawa oksigen mengalami penurunan untuk memenuhi kebutuhan fisiologi tubuh. Kebutuhan fisiologi spesifik bervariasi pada manusia dan bergantung pada usia, jenis kelamin, dan tahap ketinggian tempat tinggal dari permukaan laut (Wijoyono, 2018). World Health Organization (WHO 2013) menetapkan batas normal nilai hemoglobin yaitu 14 g/dl untuk laki-laki dan 12 g/dl untuk perempuan. Hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan nilai hemoglobin dibawah nilai normal menunjukkan kondisi anemia. Penyakit ini diperkirakan lebih dari 600 juta manusia (sekitar 51%), dibandingkan dengan prevalensi untuk balita yang sekitar 43%, anak usia sekolah 37%, pria dewasa hanya 18%, dan wanita tidak hamil 35% (Arisman, 2010).

Penduduk dunia yang mengalami anemia sejumlah sekitar 30% atau 2,20 miliar orang dengan sebagian besar diantaranya tinggal di daerah tropis. Prevalensi anemia secara global sekitar 51% (WHO, 2018). Prevalensi anemia secara nasional pada semua kelompok umur adalah 21,70%. Prevalensi anemia pada perempuan relative tinggi yaitu 23,90% dibanding laki-laki yaitu 18,40%. Prevalensi anemia berdasarkan lokasi tempat tinggal menunjukkan tinggal di pedesaan memiliki presentase lebih 2 tinggi yaitu 22,80% dibandingkan tinggal di perkotaan yaitu 20,60% (Kemenkes RI, 2018). Jumlah ibu hamil yang mengalami anemia paling

banyak pada usia 15-24 tahun sebesar 84,6%, usia 25-34 tahun sebesar 33,7%, usia 35-44 tahun sebesar 33,6%, dan usia 45-54 tahun sebesar 24% (Risikesdas, 2018).

Kasus Anemia bila tidak segera ditangani dapat menyebabkan dampak negatif yaitu, sepsis, perkembangan otot buruk, kegagalan cangkok sumsum, leukemia mielogen akut berhubungan dengan Anemia fanconi dan daya konsentrasi menurun. (Wijaya & Putri, 2013). Selain itu anemia dapat menyebabkan gangguan pemenuhan nutrisi, gangguan perfusi jaringan dalam tubuh, konstipasi atau diare, intoleransi aktivitas, resiko tinggi kerusakan integritas kulit, dan resiko infeksi (Anggi, 2014).

Peran perawat terhadap anemia salah satunya adalah pemberian informasi kepada penderita penyakit anemia, untuk menghindari kemungkinan efek yang lebih lanjut. Banyak sekali efek buruk yang akan terjadi pada penyakit anemia. Anemia merupakan gejala dan tanda penyakit tertentu yang harus dicari penyebabnya agar dapat diterapi dengan tepat. Anemia dapat disebabkan oleh 1 atau lebih dari 3 mekanisme independen yaitu berkurangnya produksi sel darah merah, meningkatnya destruksi sel darah merah dan kehilangan darah. (Amalia Oehadian, 2012). Keberhasilan program penyembuhan pada pasien dengan Anemia sangat mempengaruhi motivasi perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan yang profesional. Oleh karena itu perlu dilakukan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi bio, psiko, sosial, dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan meliputi kegiatan preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Depkes, 2008).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan pada pasien dengan Anemia maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan

Anemia dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan Anemia di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Anemia di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien Tn. W dengan diagnosa medis Anemia di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. W dengan diagnosa medis Anemia di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. W dengan diagnosa medis Anemia di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. W dengan diagnosa medis Anemia di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi pasien Tn. W dengan diagnosa medis Anemia di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Tn. W dengan diagnosa medis Anemia di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil studi kasus ini diharapkan akan berguna bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Anemia.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Anemia dengan baik.

2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan Karya Ilmiah Akhir pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Anemia

3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Anemia

4. Bagi keluarga dan pasien

Karya Ilmiah Akhir ini sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang penyakit Anemia sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis. Selain itu agar keluarga mengerti tanda-tanda penyakit serta dapat mengurangi terjadinya penyakit tersebut.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode yang digunakan dalam Karya Ilmiah Akhir ini adalah deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Anemia melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Adalah data yang di peroleh dari pasien.

2. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

3. Studi kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis

dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:
 - Bab 1 Pendahuluan, berisis tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan Karya Ilmiah Akhir
 - Bab 2 Tinjauan Pustaka, berisi tentang kosep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Anemia, serta kerangka masalah.
 - Bab 3 Tinjauan Kasus berisis tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
 - Bab 4 Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan serta menganalisa sesuai dengan penelitian/ literatiur yang sesuai.
 - Bab 5 Penutup, berisi tentang simpulan dan saran
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan Anemia. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Anemia dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Penatalaksanaan dan Evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Anemia

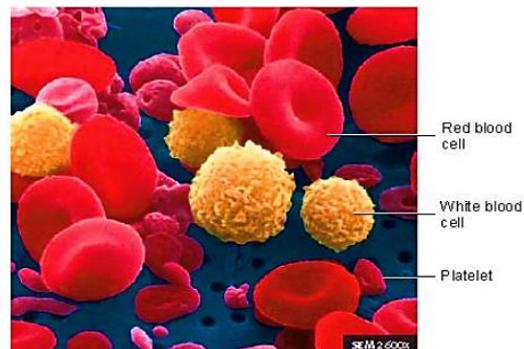
Anemia didefinisikan sebagai penurunan volume eritrosit atau kadar Hb sampai dibawah rentang nilai yang berlaku untuk orang sehat. Anemia adalah istilah yang menunjukkan hitungan sel darah merah dan kadar hematokrit dibawah normal. Anemia bukan merupakan penyakit, melainkan merupakan pencerminan keadaan suatu penyakit (gangguan) fungsi tubuh. Secara fisiologis anemia terjadi apabila terdapat kekurangan jumlah Hb untuk mengangkut oksigen ke jaringan. Anemia tidak merupakan suatu kesatuan tetapi merupakan akibat dari berbagai proses patologi yang mendasari (Wijaya & Putri, 2013).

Anemia dikenal sebagai kekurangan darah. Hal ini dikarenakan: berkurangnya konsentrasi hemoglobin (Hb), turunnya hematokrit, jumlah sel darah merah kurang. Anemia adalah penurunan jumlah sel darah merah atau kadar hemoglobin di dalam sel darah merah atau kadar hemoglobin di dalam sel darah merah kurang dikarenakan adanya kelainan dalam pembentukan sel, perdarahan atau gabungan keduanya (Ajeng & Tjiptaningrum, 2016).

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Darah merupakan cairan didalam pembuluh darah yang memiliki fungsi transportasi oksigen, karbohidrat, metabolik, mengatur keseimbangan asam dan basa, mengatur suhu tubuh dengan cara konduksi, membawa panas tubuh dari pusat produksi panas (hepar dan otot) untuk didistribusikan ke seluruh tubuh, pengaturan hormon dengan membawa dan menghantarkan dari kelenjar kesasaran (Syaifudin, 2016).

Darah melakukan banyak fungsi penting untuk kehidupan dan dapat mengungkapkan banyak tentang kesehatan. Darah adalah jenis jaringan ikat, terdiri atas sel-sel (eritrosit, leukosit, dan trombosit) yang terendam pada cairan kompleks plasma (gambar 2.1). Darah membentuk sekitar 8% dari berat total tubuh. Pergerakan konstan darah sewaktu mengalir dalam pembuluh darah menyebabkan unsur-unsur sel tersebar merata di dalam plasma. Di bawah ini akan dipaparkan tentang darah meliputi, fungsi darah, komposisi darah (plasma, sel darah), proses pembekuan darah, penggolongan darah, kelainan pada darah (Seeley, et al, 2007)



Gambar 2.1 Komponen Darah (Saladin, 2009).

1. Fungsi dan Komposisi Darah
 - a. Fungsi Darah

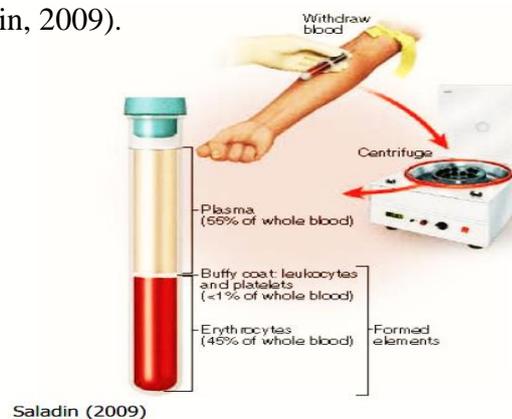
Fungsi darah masuk ke dalam tiga kategori, yaitu transportasi, pertahanan, dan regulasi, yang akan dibahas berikut ini (Handayani & Andi, 2008):

- 1) Darah adalah media transportasi utama yang mengangkut gas, nutrisi dan produk limbah. Oksigen dari paru-paru diangkut darah dan didistribusikan ke sel-sel. Karbondioksida yang dihasilkan oleh sel-sel diangkut ke paru-paru untuk dibuang setiap kali kita menghembuskan nafas. Darah juga mengangkut produk-produk limbah lain, seperti kelebihan nitrogen yang dibawa ke ginjal untuk dieliminasi. Selain itu, darah mengambil nutrisi dari saluran pencernaan untuk dikirimkan ke sel-sel. Selain transportasi nutrisi dan limbah, darah mengangkut hormon yang disekresikan berbagai organ ke dalam pembuluh darah untuk disampaikan ke jaringan. Banyak zat yang diproduksi di salah satu bagian tubuh dan diangkut ke bagian yang lain, untuk dimodifikasi.
- 2) Darah berperan dalam menjaga pertahanan tubuh dari invasi patogen dan menjaga dari kehilangan darah. Sel darah putih tertentu mampu menghancurkan patogen dengan cara fagositosis. Sel darah putih lainnya memproduksi dan mengeluarkan antibodi. Antibodi adalah protein yang akan bergabung dengan patogen tertentu untuk dinonaktifkan. Patogen yang dinonaktifkan kemudian dihancurkan oleh sel-sel darah putih fagosit. Ketika cedera, terjadi pembekuan darah sehingga menjaga terhadap kehilangan darah. Pembekuan darah melibatkan trombosit dan beberapa protein seperti trombin dan fibrinogen. Tanpa pembekuan darah, kita bisa mati kehabisan darah sekalipun dari luka yang kecil.
- 3) Darah memiliki fungsi regulasi dan memainkan peran penting dalam homeostasis. Darah membantu mengatur suhu tubuh dengan mengambil panas, sebagian besar dari otot yang aktif, dan dibawa seluruh tubuh. Jika

tubuh terlalu hangat, darah diangkut ke pembuluh darah yang melebar di kulit. Panas akan menyebar ke lingkungan, dan tubuh mendingin kembali ke suhu normal. Bagian cair dari darah (plasma), mengandung garam terlarut dan protein. Zat terlarut ini menciptakan tekanan osmotik darah. Dengan cara ini, darah berperan dalam membantu menjaga keseimbangan. Buffer darah (bahan kimia tubuh yang menstabilkan pH darah), mengatur keseimbangan asam-basa tubuh dan tetap pada pH yang relatif konstan yaitu 7,4.

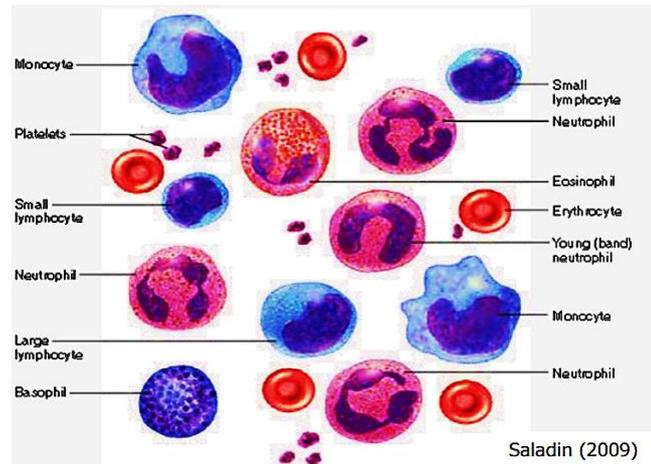
b. Komposisi Darah

Darah adalah jaringan yang mengandung sel dan fragmen sel. Secara kolektif, sel-sel dan fragmen sel disebut elemen padat. Sel dan fragmen sel tersuspensi dalam cairan yang disebut plasma. Oleh karena itu, darah diklasifikasikan sebagai jaringan ikat cair. Gambar 2.2 berikut menggambarkan komposisi darah setelah darah disentrifugasi (Saladin, 2009).



Gambar 2.2 Komposisi Darah (Saladin, 2009).

Elemen padat pada darah adalah sel darah merah (eritrosit), sel darah putih (leukosit), dan keping darah (trombosit) (Gambar 2.3). Bagian ini diproduksi di sumsum tulang merah, yang dapat ditemukan di sebagian besar tulang anak tetapi hanya dalam tulang tertentu pada orang dewasa (Saladin, 2009).



Gambar 2.3 Elemen padat darah (Saladin, 2009)

2. Plasma

Plasma adalah media transportasi bagi sel-sel darah dan trombosit. Sekitar 90% dari plasma adalah air. Sisanya bagian yang terlarut meliputi protein, hormon, dan lebih dari 100 molekul berukuran kecil (termasuk asam amino, lemak, karbohidrat kecil, vitamin, dan berbagai produk limbah metabolisme), dan ion. Kelompok terbesar zat terlarut dalam plasma terdiri dari protein plasma, yang melayani berbagai fungsi. Protein plasma penting adalah albumin, globulin, dan protein pembekuan (fibrinogen) (Seeley et al., 2007). Hampir dua pertiga dari protein plasma adalah albumin, yang terutama berfungsi untuk menjaga keseimbangan air agar sesuai antara darah dan cairan interstitial. Diproduksi di hati, Albumin juga mengikat molekul tertentu (seperti bilirubin dan asam lemak) dan obat-obatan (seperti penisilin) dan membantu transportasi mereka dalam darah (Seeley et al., 2007).

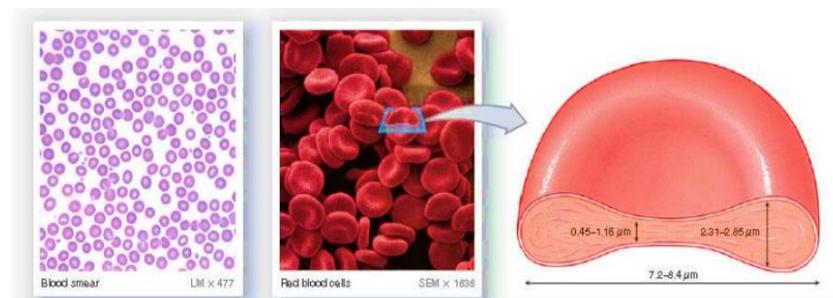
3. Sel Darah Merah (*Eritrosit*)

Sel-sel darah yang paling banyak adalah sel-sel darah merah atau eritrosit dengan persentase sekitar 99,9% dari seluruh elemen padat darah. Dalam darah, jumlah eritrosit sekitar 700 kali lebih banyak dibandingkan sel-sel darah putih

(leukosit) dan 17 kali lebih banyak dari keping darah (trombosit) (Mariana & Khafidhoh, 2013).

a. Struktur

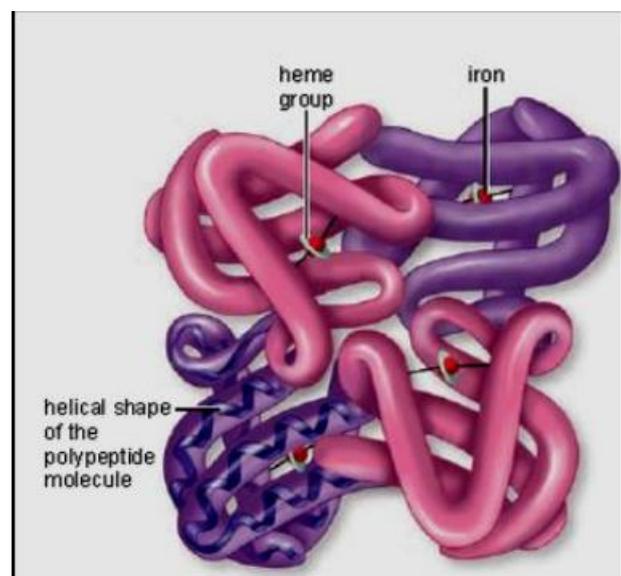
Eritrosit memiliki dua fungsi utama, yaitu mengangkut oksigen dari paru-paru dan mengendarkannya ke jaringan yang lain. Eritrosit juga mengangkut karbondioksida dari jaringan untuk dibawa ke paru-paru. Pengangkutan gas dalam eritrosit dilakukan oleh haemoglobin. Eritrosit yang normal berbentuk cakram atau piringan yang di bagian tengah kedua sisinya mencekung (bikonkaf), dengan diameter sekitar $7,5 \mu\text{m}$ (Mariana et al, 2013). Eritrosit juga bersifat fleksibel sehingga memungkinkan eritrosit berjalan melalui kapiler yang sempit dan berkelok-kelok untuk menyampaikan oksigen ke jaringan tanpa mengalami kerusakan. Diameter eritrosit dalam keadaan normal $7,5 - 8 \mu\text{m}$ mampu mengalami deformasi pada saat melalui kapiler yang bahkan berdiameter $3 \mu\text{m}$. Eritrosit tidak memiliki inti atau organel yang lain. Sepertiga isi eritrosit adalah haemoglobin (pigmen merah). Kandungan haemoglobin dalam eritrosit inilah yang menjadikan darah berwarna merah. Dalam satu eritrosit mengandung sekitar 280 juta molekul haemoglobin. Isi sel darah merah lainnya termasuk lipid, adenosin trifosfat (ATP), dan enzim karbonat anhidrase (Mariana & Khafidhoh, 2013).



Gambar 2.4 Struktur Eritrosit (Sastrawinata & Et al, 2005)

b. Hemoglobin

Hemoglobin terdiri atas dua bagian, yaitu globin suatu protein polipeptida yang sangat berlipat-lipat. Gugus nitrogenosa non protein mengandung besi yang dikenal sebagai hem (heme) yang masing-masing terikat pada satu polipeptida. Setiap atom besi dapat berikatan secara reversibel dengan satu molekul oksigen. Dengan demikian setiap molekul haemoglobin dapat mengangkut empat oksigen. Karena oksigen kurang larut dalam darah, 98,5% oksigen yang diangkut dalam darah terikat pada Hb (S. S. Mader & Windelspecth, 2011).



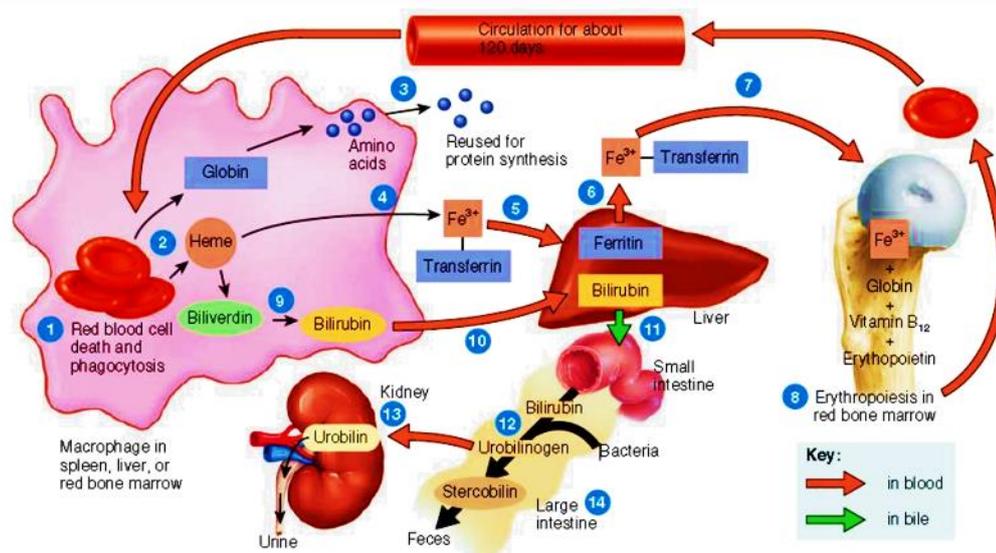
Gambar 2.5 Molekul Hemoglobin (Saladin, 2009)

Ketika darah mengalir melalui paru-paru, oksigen berdifusi dari ruang udara di paru-paru ke dalam darah. Oksigen memasuki eritrosit dan bergabung dengan hemoglobin membentuk oksihemoglobin (HbO_2), yang memberikan warna merah terang untuk darah. Setelah melepas oksigen dari oksihemoglobin ke sel-sel tubuh, darah yang telah melepaskan oksigennya (deoxyhemoglobin) dan membawa sejumlah kecil karbondioksida dari sel-sel tubuh kembali ke paru-paru untuk melepaskan karbondioksida (S. S. Mader & Windelspecth, 2011).

c. Siklus Hidup Eritrosit

Umur eritrosit pendek, tanpa DNA dan RNA, eritrosit tidak dapat membentuk

protein untuk memperbaiki sel, pertumbuhan, pembelahan dan memperbaharui pasokan enzim. Usia eritrosit hanya mampu bertahan selama 120 hari. Selama rentang waktu 4 bulan, eritrosit pengembara sekitar 700 mil ketika bersirkulasi melalui pembuluh darah (Goodenough, 2012).



Gambar 2.6 Pembentukan, penghacuran eritrosit (Goodenough, 2012)

d. Kelainan Eritrosit

Jumlah eritrosit normal harus berada pada kisaran 4 – 6 juta sel/m³ darah.

Berikut ini terdapat beberapa kelainan atau gangguan yang terjadi pada eritrosit (Saladin, 2009).

1) Polisitemia

Polisitemia adalah gangguan yang ditandai oleh jumlah eritrosit terlalu berlebihan (banyak). Akibatnya berkurangnya aliran darah, penyumbatan kapiler, dan peningkatan ketebalan darah. Kondisi ini dapat menyebabkan hipertensi atau tekanan darah tinggi.

2) Anemia.

Dalam kondisi normal, tingkat hemoglobin darah adalah 12-17 gram per 100 mililiter. Pada penderita anemia, jumlah eritrosit sedikit, dan/atau sel-sel eritrosit

tidak memiliki cukup hemoglobin. Anemia dapat diklasifikasikan dalam salah satu dari beberapa kategori yang akan diuraikan sebagai berikut:

a) Anemia gizi

Anemia yang penyebab utamanya adalah kekurangan zat nutrisi terutama zat besi. Gejala umum dari anemia adalah tampak pucat, lemas dan lesu. Suplemen zat besi dalam makanan dapat membantu mencegah anemia jenis ini.

b) Anemia pernisiiosa

Anemia pernisiiosa adalah bentuk lain dari anemia gizi. Saluran pencernaan tidak mampu menyerap cukup vitamin B12, yang penting untuk perkembangan sel darah merah. Suplemen vitamin, dan/atau suntikan vitamin B12 adalah pengobatan yang efektif.

c) Anemia Aplastik

Adanya kelainan atau kerusakan pada “pabrik” pembuat sel darah merah, sehingga tidak dapat memproduksi ke tiga komponen darah dengan baik. Transplantasi sumsum tulang adalah salah satu pilihan untuk mengobati kondisi ini.

d) Anemia Hemolitik

Anemia Hemolitik terjadi karena laju kerusakan eritrosit meningkat (hemolisis adalah pecahnya sel darah merah). Penyakit ini umumnya menyebabkan eritrosit mudah pecah oleh berbagai sebab, dapat akut atau kronik. Anemia hemolitik akut umumnya disebabkan oleh gigitan binatang, seperti ular atau sengatan lebah. Anemia hemolitik dapat disebabkan kekurangan enzim untuk membentuk eritrosit, seperti kekurangan enzim G-

6PD, atau adanya kelainan membran atau dinding eritrosit. Penyakit-penyakit ini umumnya diturunkan dari orang tua.

e) Anemia sel sabit (sickle cell anemia)

Anemia sel sabit merupakan penyakit keturunan. Penderita anemia sel sabit eritrositnya memiliki bentuk abnormal, yaitu bentuk sabit dengan hemoglobin abnormal dan tidak dapat membawa oksigen yang cukup. Eritrositnya rapuh, mudah merobek ketika mereka melalui kapiler yang sempit. Akibatnya, jumlah eritrositnya jauh lebih sedikit dari biasanya, dan mengakibatkan gejala anemia.

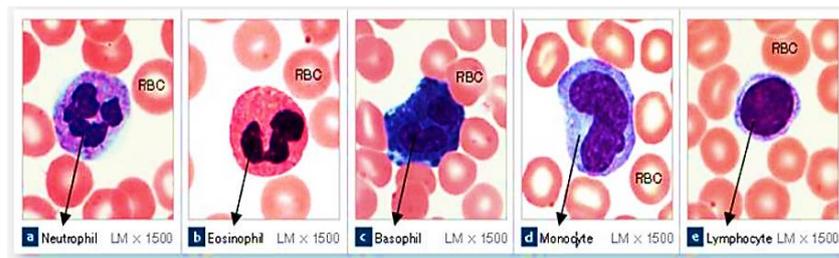
- 3) Talasemia adalah penyakit keturunan banyak ditemukan pada orang Afrika, Mediterania, dan Asia, termasuk Indonesia. Angka pembawa sifat penyakit ini di Indonesia berkisar 3 – 10%, artinya 10 dari 100 orang Indonesia adalah pembawa sifat penyakit ini. Pembawa sifat disebut talasemia minor. Mereka tidak pernah memperlihatkan gejala yang berarti, hanya saja saat diperiksa Hb-nya umumnya di bawah nilai normal. Jika diperiksa lebih dalam lagi, ukuran sel darah merahnya lebih kecil dari normal. Anak penderita talasemia membutuhkan transfusi seumur hidup dengan segala resiko transfusi.

4. Sel Darah Putih (*Leukosit*)

Sel darah putih (leukosit) berbeda dari eritrosit dalam hal struktur, jumlah maupun fungsinya. Ukuran leukosit lebih besar dibandingkan eritrosit dan memiliki inti. Leukosit tidak memiliki haemoglobin sehingga tidak berwarna. Leukosit merupakan sel darah yang paling sedikit jumlahnya sekitar 1 sel leukosit untuk setiap 700 eritrosit. Leukosit memiliki fungsi menahan invasi oleh pathogen melalui proses fagositosis; mengidentifikasi dan menghancurkan sel kanker yang muncul

di dalam tubuh; membersihkan sampah tubuh yang berasal dari sel yang mati atau cedera (Mader, 2004)(S. Mader, 2004).

Terdapat lima tipe leukosit, yaitu granulosit (neutrofil, eosinofil, basofil) yang sifatnya polimorfonuklear (memiliki inti lebih dari satu lobus) dan granulosit (monosit, limfosit) yang memiliki hanya satu lobus pada intinya (mononuklear), seperti yang terlihat pada Gambar 2.6 di bawah ini (Martini et al, 2012).



Gambar 2.7 Tipe Leukosit (Martini et al, 2012)

5. Keping Darah (*Trombosit*)

Trombosit bukan merupakan sel utuh tapi merupakan potongan keping sel yang terlepas dari tepi sel luar suatu sel besar (diameter 60 μm) disumsum tulang yang disebut megakariosit. Trombosit berbentuk cakram dan rata-rata diameter sekitar 3 μm . Trombosit mengandung aktin dan miosin dalam konsentrasi tinggi sehingga trombosit dapat berkontraksi. Harapan hidup trombosit sekitar 5-9 hari dan setelah itu akan dihancurkan oleh makrofag. Trombosit diproduksi dalam sumsum merah. Trombosit memainkan peran penting dalam mencegah kehilangan darah dengan cara: (1) membentuk keping/butiran, yang menutup lubang kecil di pembuluh darah dan (2) merangsang dibentuknya kontraksi bekuan yang membantu menutup luka besar di pembuluh darah (Saladin, 2009).

Sangatlah penting darah membeku dengan cepat ketika pembuluh darah mengalami kerusakan, tetapi sama pentingnya agar darah tidak menggumpal ketika tidak ada kerusakan di pembuluh darah. Karena keseimbangan ini, proses

pembekuan darah adalah salah satu proses yang paling kompleks dalam tubuh, yang melibatkan lebih dari 30 reaksi kimia dan melibatkan juga banyak zat. Langkah-langkah kunci dalam proses pembekuan darah adalah sebagai berikut: 1. Jaringan Rusak melepaskan tromboplastin dan agregat trombosit melepaskan faktor trombosit, yang bereaksi dengan beberapa faktor pembekuan dalam plasma untuk menghasilkan protrombin aktivator. 2. Dengan adanya ion kalsium, protrombin aktivator merangsang konversi protrombin, (inaktif enzim) ke trombin (aktif enzim). Setelah bekuan terbentuk, benang-benang fibrin menghasilkan gumpalan lebih kompak dan menarik jaringan yang rusak lebih dekat satu sama lain. Selanjutnya, fibroblas bermigrasi ke gumpalan tersebut dan membentuk jaringan ikat fibrosa yang memperbaiki daerah yang rusak (Stanley, 2009).

2.1.3 Etiologi Anemia

Anemia dapat terjadi apabila tubuh kita tidak membuat sel darah merah secukupnya. Anemia juga disebabkan kehilangan atau kerusakan pada sel tersebut. Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi anemia (Proverawati & Asfuah, 2009):

1. Kekurangan zat besi, vitamin B12 atau asam folat. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan jenis anemia yang di sebut megaloblastik, dengan sel darah merah yang besar berwarna merah muda.
2. Kerusakan pada sumsum tulang atau ginjal
3. Kehilangan darah akibat perdarahan dalam atau siklus haid perempuan.
4. Penghancuran sel darah merah.

2.1.4 Manifestasi Klinis Anemia

Manifestasi klinis berdasarkan mekanisme dan patofisiologi anemia

(Khairina, 2008):

1. Hb lebih rendah dari 7 mg%
2. Penderita megeluh lemah
3. Sakit kepala
4. Telinga mendenging
5. Penglihatan berkunang-kunang
6. Merasa cepat letih, sempoyongan
7. Menstruasi terhenti
8. Gangguan saluran cerna
9. Organ limpa membesar
10. Nafas sesak. Mula-mula nafas dalam, lama-kelamaan nafas menjadi dangkal akhirnya payah jantung sampai shock.
11. Nadi lemah dan cepat.
12. Hipotensi ortostatik (tekanan darah turun pada waktu perubahan posisi dari duduk ke berdiri atau dari berbaring ke posisi duduk)
13. Tekanan darah sedikit naik sebagai akibat reflex penyempitan pembuluh darah kecil (arteriol, lama- kelamaan tekanan darah turun sekali sampai mengakibatkan kematian)

2.1.5 Faktor Terjadinya Anemia (Masrizal, 2007)

1. Asupan Zat Gizi
 - a. Zat Besi (Fe)

Zat besi adalah salah satu unsur penting dalam proses pembentukan sel darah merah. Selain itu zat besi mempunyai beberapa fungsi esensial dalam tubuh, yaitu: sebagai alat angkut oksigen dari paru-paru ke jaringan tubuh, sebagai alat angkut

elektron di dalam sel, dan sebagai bagian terpadu berbagai reaksi enzim di dalam jaringan tubuh (Masrizal, 2007).

b. Vitamin C

Vitamin C dapat meningkatkan absorpsi zat besi non hem sampai empat kali lipat, yaitu dengan merubah besi feri menjadi fero dalam usus halus sehingga mudahdiabsorpsi. Vitamin C pada umumnya hanya terdapat pada pangan nabati, yaitu sayur dan buah terutama yang asam seperti jeruk, nenas, rambutan, papaya, gandaria, dan tomat (Habibie, Dkk, 2018).

c. Energi

Energi merupakan zat gizi utama, jika asupan energi tidak terpenuhi sesuai kebutuhan maka kebutuhan akan zat gizi lainnya seperti protein, vitamin, mineral juga sulit terpenuhi. Kekurangan satu zat gizi sering diikuti dengan kekurangan zat gizi lainnya dan begitu pula dengan penyerapan dan metabolisme zat gizi saling terkait antara satu zat gizi dengan zat gizi lainnya (Khairina, 2008)

d. Protein

Protein dalam darah mempunyai mekanisme yang spesifik sebagai carrier bagi transportasi zat besi pada sel mukosa. Protein itu disebut transferrin yang disintesa di dalam hati dan transferin akan membawa zat besi dalam darah untuk digunakan pada sintesa hemoglobin. Rendahnya kadar transferrin dapat menyebabkan transportasi zat besi tidak dapat berjalan dengan baik, akibatnya kadar Hb akan menurun (Adhisti & Puruhita, 2011).

2. Kehilangan Darah

a. Penyakit Infeksi

Penyebab langsung terjadinya anemia adalah penyakit infeksi, yaitu

cacingan, TBC, dan malaria. Anemia gizi dapat diperberat oleh investasi cacing tambang. cacing tambang yang menempel pada dinding usus dan menghisap darah (Permaesih & Herman, 2005).

b. Menstruasi

Pengertian menstruasi (haid) adalah perdarahan secara periodik dan siklik dari uterus disertai pelepasan (deskuamsi endometri). Perdarahan haid terjadi secara ritmis mengikuti pola siklus yang normalnya dalam satu siklus berkisar 25-31 hari (Hestiantoro, 2008).

3. Sosial Ekonomi

a. Pengetahuan Gizi

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih baik daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2012).

b. Pendidikan Orang tua

Pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari pengobatan bila sakit dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012).

c. Pekerjaan Orang tua

d. Pendapatan Orang tua

4. Status Gizi

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari zat gizi dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa, 2001).

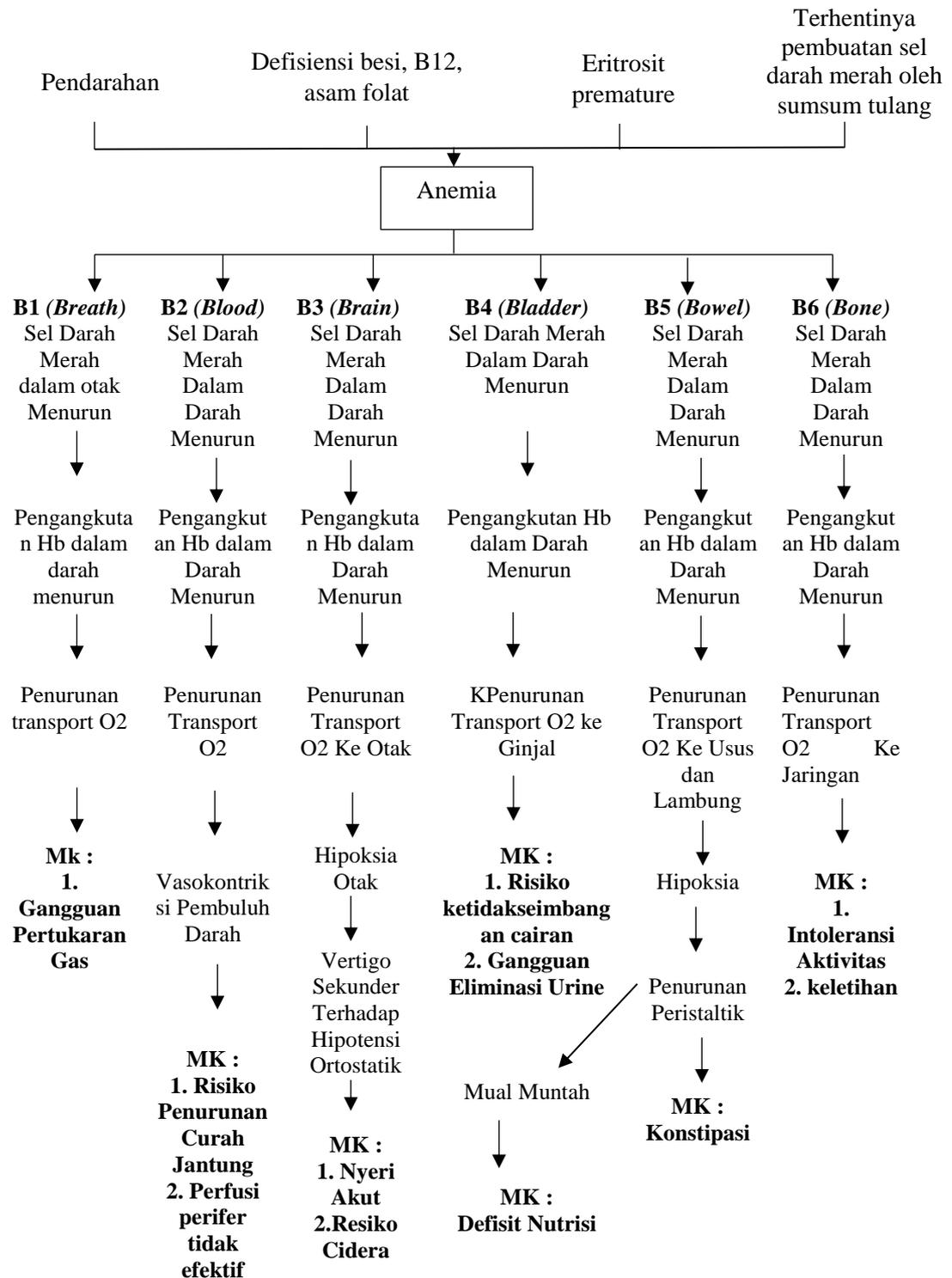
2.1.6 Kriteria Anemia

Acuan nilai Hb bagi kelompok usia dan jenis kelamin yang dikeluarkan WHO dapat dilihat pada tabel 2.1.

Tabel 2.1 Kriteria Anemia (WHO, 2011)

Kriteria	Kadar hemoglobin			
	Non anemia	Anemia ringan	Anemia sedang	Anemia berat
Anak usia 6-59 bln	≥ 11	10 – 10,9	7 – 9,9	≤ 7
Anak usia 5-11 th	≥ 11.5	11 – 11,4	8 – 10,9	≤ 8
Anak usia 12-14 th	≥ 12	11 – 11,9	8 – 10,9	≤ 8
Wanita dewasa >15 th	≥ 12	11 – 11,9	8 – 10,9	≤ 8
Wanita hamil >15 th	≥ 11	10 – 10,9	7 – 9,9	≤ 7
Laki-laki dewasa >15 th	≥ 13	11 – 12,9	8 – 10,9	≤ 8

2.1.7 WOC (Web Of Caution) Anemia (Wijaya & Putri, 2013)



2.1.8 Pemeriksaan Penunjang (Doenges, 2009)

1. Jumlah darah lengkap (JDL) : hemoglobin dan hematokrit menurun.
Jumlah eritrosit : menurun, menurun berat (aplastik);
2. MCV (molume korpuskular rerata) dan MCH (hemoglobin korpuskular rerata) menurun dan mikrositik dengan eritrosit hipokronik, peningkatan Pansitopenia (aplastik).
3. Jumlah retikulosit : bervariasi, misal; menurun, meningkat (respons sumsum tulang terhadap kehilangan darah /hemolisis).
Pewarna sel darah merah : mendeteksi perubahan warna dan bentuk (dapat mengindikasikan tipe khusus anemia).
4. Laju Endap Darah : Peningkatan menunjukkan adanya reaksi inflamasi, misal : peningkatan kerusakan sel darah merah : atau penyakit malignasi
Masa hidup sel darah merah : berguna dalam membedakan diagnosa anemia, misal : pada tipe anemia tertentu, sel darah merah mempunyai waktu hidup lebih pendek.
5. Tes kerapuhan eritrosit : menurun.
Sel Darah Putih : jumlah sel total sama dengan sel darah merah (diferensial) mungkin meningkat (hemolitik) atau menurun (aplastik)
Jumlah trombosit : menurun, caplastik; meningkat; normal atau tinggi (hemolitik)
6. Hemoglobin elektroforesis: mengidentifikasi tipe struktur hemoglobin.
Bilirubin serum (tak terkonjugasi): meningkat (hemolitik).
7. Folat serum dan vitamin B12 membantu mendiagnosa anemia sehubungan dengan defisiensi masukan/absorpsi :

Besi serum : tak ada; tinggi (hemolitik)

BC serum : meningkat

Feritin serum : meningkat

Masa perdarahan : memanjang (aplastik)

LDH serum : menurun

Tes schilling : penurunan eksresi vitamin B12 urine

Guaiak : mungkin positif untuk darah pada urine, feses, dan isi gaster, menunjukkan perdarahan akut/kronis.

8. Analisa gaster : penurunan sekresi dengan peningkatan pH dan tak adanya asam hidroklorik bebas.
9. Aspirasi sumsum tulang/pemeriksaan/biopsi : sel mungkin tampak berubah dalam jumlah, ukuran, dan bentuk, membentuk, membedakan tipe anemia, misal: peningkatan megaloblas, lemak sumsum dengan penurunan sel darah (aplastik).
10. Pemeriksaan andoskopik dan radiografik : memeriksa sisi perdarahan : perdarahan Gastro Intestinal (Doenges, 2009).

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan anemia ditunjukkan untuk mencari penyebab dan mengganti darah yang hilang. Anemia aplastik, dua metode penanganan yang sering dilakukan transplantasi sumsum tulang pemberian terapi immunosupresif dengan globulin anttimosit. Transplantasi sumsum tulang untuk emberikan persediaan jaringan hematopoesti yang masih dapat berfungsi. Anemia defisiensi-besi, berbagai preparat besi oral untuk penanganannya adalah sulfat ferosus, defisiensi vitamin B12 ditangani dengan pemberian vitamin B12 vegetarian dapat dicegah atau

ditangani dengan penambahan vitamin peroral atau susu keledai yang diperkaya dan transfusi darah. Terapi langsung ditunjukkan pada penyebab anemia dapat berupa : transfusi darah, Pemberian kostikostiroid atau obat-obatan lain yang dapat menekan sistem imun, Pemberian suplemen besi, vitamin B12 vitamin-vitamin dan mineral lain yang dibutuhkan (Sunita, 2010).

2.1 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah pasien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, pengelompokan data dan merumuskan tindakan keperawatan (Tarwoto, 2013). Data yang di kumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-spiritual. Dalam proses pengkajian ada dua tahap yang perlu di lalui yaitu pengumpulan data dan analisa data.

1. Identitas Pasien

Nama, umur : anemia umumnya dialami oleh orang dewasa, jenis kelamin : yang dominan terkena anemia adalah perempuan, agama, status perkawinan, pendidikan : pendidikan rendah lebih besar kemungkinan mengalami anemia dikarenakan kurangnya pengetahuan, pekerjaan, tanggal masuk, no. Register, diagnosa medis. Penanggung jawab, meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien (rohmah, 2010).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama yang paling utama pada penderita anemia adalah lemah atau pusing (Rohmah, 2010).

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Penyakit Sekarang

- 1) Keletihan, kelemahan, malaise umum
- 2) Kebutuhan untuk tidur dan istirahat lebih banyak.
- 3) Klien mengatakan bahwa ia depresi
- 4) Sakit kepala
- 5) Nyeri mulut & lidah
- 6) Kesulitan menelan
- 7) Dyspepsia, anoreksia
- 8) Klien mengatakan BB menurun
- 9) Nyeri kepala, berdenyut, sulit berkonsentrasi
- 10) Penurunan penglihatan
- 11) Kemampuan untuk beraktifitas menurun

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian riwayat dahulu yang mendukung dengan melakukan serangkaian pertanyaan, meliputi:

- 1) Apakah sebelumnya klien pernah menderita anemia.
- 2) Apakah meminum suatu obat tertentu dalam jangka lama.
- 3) Apakah pernah menderita penyakit malaria.
- 4) Apakah pernah mengalami pembesaran limfe.
- 5) Apakah pernah mengalami penyakit keganasan yang tersebar seperti kanker payudara, leukimia, dan multipel mieloma.
- 6) Apakah pernah kontak dengan zat kimia toksik dan penyinaran dengan radiasi.

- 7) Apakah pernah menderita penyakit menahun yang melibatkan ginjal dan hati.
- 8) Apakah pernah menderita penyakit infeksi dan defisiensi endoktrin.
- 9) Apakah pernah mengalami kekurangan vitamin penting, seperti vitamin B12 asam folat, vitamin C dan besi.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

- 1) Kecendrungan keluarga untuk anemia.
- 2) Adanya anggota keluarga yang mendapat penyakit anemia congenital.
- 3) Keluarga adalah vegetarian berat.
- 4) Social ekonomi keluarga yang rendah

d. Genogram

Untuk mengetahui riwayat penyakit dari keluarga dan klien

4. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Composmentis

GCS : 15 (E:4 V:5 M:6)

TTV : Tekanan Darah :Biasanya menurun

Nadi :Biasanya meningkat

Pernafasan :Biasanya cepat

Suhu :Biasanya meningkat

a. B1 (*Breathing*)

Pengkajian pada system pernafasan didapat, Dispnea (kesulitan bernafas), nafas pendek, dan cepat lelah waktu melakukan aktifitas jasmani merupakan berkurangnya pengiriman oksigen. Pada pasien belum sadar dilakukan evaluasi seperti pola nafas, pergerakan rongga dada: apakah simetris atau tidak, suara nafas

tambahan: apakah tidak ada obstruksi total, udara nafas yang keluar dari hidung, sianosis pada ekstremitas, auskultasi: adanya wheezing atau rhonchi

b. B2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan takikardi dan bising jantung menggambarkan beban kerja dan curah jantung meningkat, pucat pada kuku, telapak tangan serta membrane mukosa bibir dan konjungtiva. Penilaian tekanan darah, nadi, perfusi perifer, status hidrasi (hipotermi : syock) dan kadar Hb. Keluhan nyeri dada bila melibatkan arteri coroner. Angina (nyeri dada), khususnya pada klien dengan usia lanjut dengan stenosis coroner dapat diakibatkan iskemik miokardium. Pada anemia berat, dapat menimbulkan gagal jantung kongesif sebab otot jantung yang kekurangan oksigen tidak dapat menyesuaikan diri dengan beban kerja jantung yang meningkat.

c. B3 (*Brain*)

Disfungsi neurologis, sakit kepala, pusing, kelemahan dan tinnitus (telinga berdengung). Pada Sistem saraf pusat dinilai kesadaran pasien dengan GCS (Glasgow Coma Scale) dan perhatikan gejala kenaikan TIK

Fungsi-fungsi saraf kranial :

- 1) Nervus Olfaktorius (N.I) : Penciuman
- 2) Nervus Optikus (N.II) : ketajaman penglihatan, lapang pandang
- 3) Nervus Okulomotorius (N.III): reflek pupil, otot ocular, eksternal termasuk otosis dilatasi pupil
- 4) Nervus Troklearis (N.IV) : gerakan ocular menyebabkan ketidakmampuan melihat kebawah dan kesamping.
- 5) Nervus Trigemini (N.V): fungsi sensori, reflek kornea, kulit wajah dan dahi,

mukosa hidung dan mulut, fungsi motoric, reflek rahang.

- 6) Nervus Abducent (N.VI) : Kaji kemampuan klien untuk menggerakkan mata secara lateral
- 7) Nervus Fasialis (N.VII) : fungsi motoric wajah bagian atas dan bawah.
- 8) Nervus Akustikus (N.VIII) : Tes saraf koklear, pendengaran, konduksi udara dan tulang
- 9) Nervus Glossofaringeus (N.IX) : reflek gangguan faringeal
- 10) Saraf vagus (N.X) : Bicara
- 11) Nervus Aksorius (N.XI) : kekuatan otot trapezius dan sternocleidomastoid, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan mengangkat bahu.
- 12) Nervus Hipoglossus (N.XII) : fungsi motorik lidah kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan menjulurkan dan menggerakkan lidah.

b. B4 (*Bladder*)

Pada pasien anemia terjadi gangguan ginjal dimana produksi urine menurun.

c. B5 (*Bowel*)

Didapatkan penurunan intake nutrisi disebabkan karena anoreksia, mual, konstipasi atau diare, serta stomatitis (sariawan lidah mulut).

d. B6 (*Bone*)

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan (SDKI, 2016)

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi

hemoglobin

3. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
4. Resiko cedera berhubungan dengan vertigo
5. Risiko ketidak seimbangan cairan
6. Gangguan eliminasi uri berhubungan dengan penurunan kapasitas kantung kemih
7. Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan
8. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal
9. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
10. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis anemia

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan pasien dan pelaksanaan keperawatan. Dengan demikian perencanaan asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan. Beberapa rencana keperawatan prioritas dari diagnosa keperawatan diatas adalah :

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan pada Anemia

No.	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler (SDKI, D.0003) (Hal. 22)</p> <p>Kategori : Fisiologis</p> <p>Subkategori : Respirasi</p>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan Pertukaran gas meningkat, kriteria hasil :</p> <p>(SLKI, Hal. 94)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. Pola napas membaik 	<p>Pemantauan Respirasi (I.01014) (SIKI, Hal. 247)</p> <p>Definisi : mengumpulkan dan menganalisa data untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan keefektifan pertukaran gas</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor saturasi oksigen 5. Auskultasi bunyi nafas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Dokumentasikan hasil pemantauan

			<p>Edukasi :</p> <p>7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>8. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur</p>
2.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, D.0005) (Hal. 26)</p> <p>Kategori : Fisiologis</p> <p>Subkategori : Respirasi</p>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil : (SLKI, Hal.84)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Warna kulit pucat menurun 	<p>Perawatan Sirkulasi (1.02079) (SIKI, Hal. 345)</p> <p>Definisi : mengidentifikasi dan merawat area local dengan keterbatasan sirkulasi perifer</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5. Lakukan hidrasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan berolahraga rutin 7. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi 9. Informasikan tanda dan gejala yang harus dilaporkan
3.	<p>Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan</p>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil :</p>	<p>Manajemen Energi (1.05178) (SIKI, Hal 176)</p> <p>Definisi : mengidentifikasi dan mengelola</p>

	<p>oksigen (SDKI, D.0056) (Hal, 128)</p> <p>Kategori : Fisiologis</p> <p>Subkategori : Aktivitas/Istirahat</p>	<p>(SLKI, Hal 149)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Dyspnea saat aktivitas menurun 4. Dyspnea setelah aktivitas menurun 	<p>penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan.</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mis. Cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan rentang gerak pasif dan atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	---	--

4.	<p>Nyeri akut (SDKI, D.0077) (Hal. 172)</p> <p>Kategori : Psikologis</p> <p>Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan</p>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : (SLKI, Hal.145)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 	<p>Manajemen Nyeri (1.08238) (SIKI, Hal. 201)</p> <p>Definisi : mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensoria tau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri,durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
5.	<p>Keletihan b/d kondisi fisiologis anemia (SDKI, D.0057)</p>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan tingkat keletihan membaik, dengan kriteria hasil :</p>	<p>Edukasi aktivitas /istirahat (1.12362) (SIKI, Hal 50)</p> <p>Definisi: mengajarkan pengaturan</p>

	<p>(Hal, 130)</p> <p>Kategori : Fisiologis</p> <p>Subkategori : Aktivitas/Istirahat</p>	<p>(SLKI, Hal 141)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kepulihan tenaga meningkat 2. Tenaga meningkat 3. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 4. Verbalisasi lelah menurun 5. Lesu menurun 	<p>aktivitas/istirahat</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat 2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin 2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain, atau aktivitas lainnya 3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. Kelelahan, sesak nafas saat aktivitas) 5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan
6.	<p>Defisit nutrisi b/d faktor psikologis keengganan untuk makan (SDKI, D.0019)</p>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil : (SLKI, Hal 121)</p>	<p>Menejemen Nutrisi (1.03119) (SIKI, Hal 200)</p> <p>Definisi: mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang</p>

	<p>(Hal, 54)</p> <p>Kategori : Fisiologis</p> <p>Subkategori : Nutrisi dan Cairan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan cukup meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks masa tubuh (IMT) membaik 	<p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang di programkan
--	---	--	---

			<p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antlemetik), jika perlu2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
--	--	--	--

2.2.4 Implementasi

Tahap ini dilakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Muttaqin, 2012).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan pasien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan (Muttaqin, 2012).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Tgl Pengkajian	: 23 Nov 2020	Jam	: 16.00
Tgl MRS	: 22 Nov 2020	No Rekam Medik	: 652xxx
Ruang	: C2	Diagnosa Medis	: Anemia

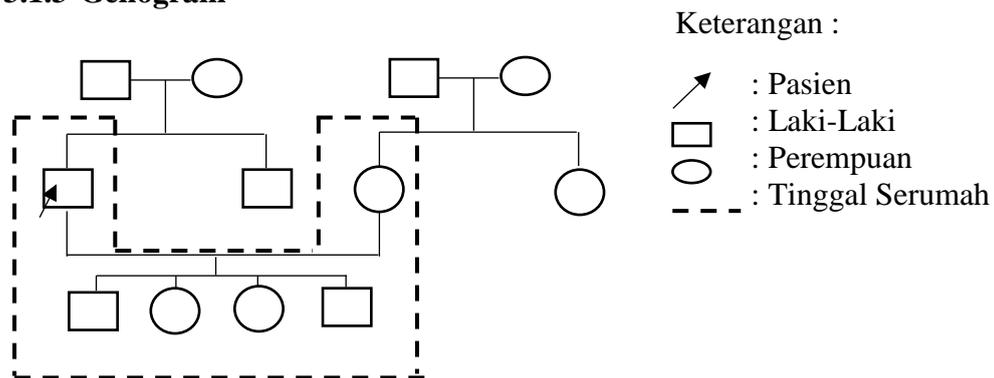
3.1.1 Biodata

Nama	: Tn. W	Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Umur	: 60 thn	Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam	Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pendidikan	: SMA	Status perkawinan	: menikah
Alamat	: JL. Brigjen Katamso	Penanggung biaya	: BPJS Mandiri

3.1.2 Riwayat Sakit dan kesehatan

Keluhan utama	Pasien mengatakan badannya terasa lemas sejak 2 hari
Riwayat penyakit sekarang	Pasien mengatakan bahwa sejak pagi hari waktu bangun tidur badan pasien terasa lemas saat akan melakukan aktivitas, lalu pasien dianjurkan oleh istri untuk istirahat lagi, namun sampai kesesokan harinya pasien tetap dalam keadaan lemas dan mengeluh sesak. Lalu anaknya datang langsung dibawa ke RSAL Dr. Ramelan pada pukul 16.00
Riwayat penyakit dahulu	Pasien mengatakan mempunyai riwayat anemia
Riwayat penyakit keluarga	Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit seperti DM, Hipertensi ataupun TBC.
Riwayat Alergi	Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi obat atau makanan.
Keadaan umum : lemah	Kesadaran : Compos Metis
Tanda vital : TD: 160/90 N: 86x/mnt S: 36,5°C RR: 20x/mnt Spo2 : 90%	

3.1.3 Genogram



3.1.4 Pemeriksaan Fisik

B1 : Breath/Pernapasan

Wawancara :	Pasien mengatakan bahwa dada pasien terasa sesak setelah beraktivitas ringan
Inspeksi :	Bentuk dada pasien nampak simetris kanan dan kiri, pola nafas teratur irama regular. Terpasang alat bantu nafas O2 nasal kanul 3 lpm.
Palpasi :	Tidak Ada nyeri tekan.
Perkusi :	Thorax didapatkan sonor.
Auskultasi :	Suara nafas vesikuler. Terdapat suara nafas tambahann wheezing. Sistem respirasi dalam keadaan normal.
MK :	Pola Nafas Tidak Efektif

B2 / Blood / Sirkulasi

Inspeksi :	Pasien tidak sianosis , clubbing finger tidak ada, crt >2 detik, Konjungtiva anemis, warna kulit pucat, dan akral dingin.
Palpasi :	Ictus kordis tidak teraba, tidak teraba pembesaran jantung, tidak terdapat nyeri dada.
Auskultasi :	Bunyi jantung S1S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak terdapat gallop.
MK :	Perfusi perifer tidak efektif

B3/ Brain / Persarafan

Inspeksi :	Kesadaran pasien baik/ composmentis. Orientasi klien baik (klien dapat mengenali waktu, dan tempat)
Nervus Olfaktorius (N.I) :	Tidak terdapat gangguan penciuman

Nervus Optikus (N.II) :	ketajaman penglihatan, lapang pandang normal
Nervus Okulomotorius (N.III):	reflek pupil, otot ocular, eksternal termasuk otosis dilatasi pupil tidak ada masalah
Nervus Troklearis (N.IV) :	Tidak terdapat masalah
Nervus Trigemini (N.V):	fungsi sensori baik, reflek kornea baik, kulit wajah dan dahi normal, mukosa hidung dan mulut baik, fungsi motoric baik, reflek rahang baik.
Nervus Abducent (N.VI) :	Mampu menggerakkan mata secara lateral
Nervus Fasialis(N.VII)	fungsi motoric wajah bagian atas dan bawah normal.
Nervus Akustikus (N.VIII) :	Tes saraf koklear, pendengaran, konduksi udara dan tulang tidak ada masalah
Nervus Glossofaringeus (N.IX)	reflek gangguan faringeal tidak ada
Saraf fagus (N.X) :	Pasien mampu bicara
Nervus Aesorius (N.XI) :	kekuatan otot trapezius dan sternocleidomastoid, baik
Nervus Hipoglossus (N.XII) :	Tidak terdapat masalah
Reflek fisiologis :	Bisep +/+, trisep +/+, patella +/+
Reflek patologi:	Babinski - /-, kaku kuduk -/-
MK :	Tidak Ada Masalah Keperawatan

B4/ Bladder/ Perkemihan

Wawancara :	Pasien tidak ada keluhan berkemih sebelum MRS dan setelah MRS
Inspeksi :	Pasien tidak terpasang kateter
Palpasi :	Tidak ada massa atau nyeri tekan
Intake output/	Pasien minum 2 liter /hari dan BAK 4-5x/hari.
Balance cairan :	± 2000 – 2500 ml
MK :	Tidak Ada Masalah Keperawatan

B5/ Bowel/ Pencernaan

Wawancara :	Pasien tidak ada keluhan BAB, porsi makan pasien habis 1 porsi Saat di rumah BAB lancar, makan 3 kali sehari jarang makan sayur dan daging
Inspeksi :	Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, tidak terpasang NGT, mual (-) dan muntah (-).

Auskultasi :	Peristaltik usus normal kurang lebih 20x/menit.
BB sebelum sakit : 58 kg	BB saat sakit : 57 kg
MK :	Tidak Ada Masalah Keperawatan

B6 / Bone/ Muskuloskeletal

Inspeksi :	Klien penurunan kemampuan motorik koordinasi otot dengan kekuatan otot. Hasil pemeriksaan kekuatan otot						
	<table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>4444</td> <td> </td> <td>4444</td> </tr> <tr> <td>4444</td> <td> </td> <td>4444</td> </tr> </table>	4444		4444	4444		4444
4444		4444					
4444		4444					
	Tidak terlihat adanya benjolan dan lesi pada area kulit						
Palpasi :	Kekuatan otot penuh yang normal, melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal, turgor kulit elastis, tidak ada edema						
MK :	Intoleransi Aktivitas						

Sistem Integumen

Warna kulit sawo matang, akral teraba hangat
MK : Tidak Ada Masalah Keperawatan

Pola istirahat tidur

Istirahat tidur :	Pasien tidur kurang lebih 4 jam dan kadang tidak nyaman dan sering terbangun
Gangguan tidur :	Pasien mengeluh pusing, sering terjaga dan tidak puas saat tidur
MK :	Gangguan Pola Tidur

Sistem Penginderaan

Sistem penglihatan :	Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, Lapang pandang normal, pupil isokor, pasien tidak menggunakan kacamata
Sistem pendengaran :	Fungsi pendengaran pasien baik, kondisi telinga bersih dan tidak ada serumen
Sistem penciuman :	Fungsi penciuman pasien baik, dan tidak terdapat sinusitis, tidak ada polip, mukosa hidung lembab
MK :	Tidak Ada Masalah Keperawatan

Endokrin

Keadaan tiroid :	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid
Terkait diabetes melitus :	Pasien tidak mengalami diabetes melitus
Terkait pertumbuhan :	Tidak terkaji
Terkait hormon reproduksi :	Tidak terkaji
Terkait hormon adrenal :	Tidak terkaji

Sistem reproduksi / genitalia

Wawancara :	Pasien mengatakan tidak ada masalah
Payudara :	Pasien seorang laki-laki
Inspeksi :	Tidak terkaji
MK :	Tidak Ada Masalah Keperawatan

Personal Hygiene

Mandi :	Selama di Rumah Sakit pasien diseka oleh istrinya setiap pagi hari
Keramas :	Pasien tidak bisa keramas saat di rumah sakit
Ganti pakaian :	Pasien tidak mampu berpakaian sendiri, pasien dibantu istrinya
Sikat gigi :	Pasien gosok gigi 1x sehari saat pagi hari
Memotong kuku :	Kuku pasien bersih dan rapi
MK :	Tidak Ada Masalah Keperawatan

Psikososicultural

Ideal diri :	Pasien mengatakan berharap agar segera sembuh dari penyakitnya dan keluar dari rumah sakit
Gambaran diri :	Pasien mengatakan pusing, tampak tegang dan gelisah.
Peran diri :	Pasien mengatakan di rumah dirinya sebagai kepala rumah tangga
Harga diri :	Pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas atas penyakitnya

Identitas diri :	Pasien mengatakan dirinya seorang laki-laki berusia 60 tahun
Citra tubuh :	Pasien mengeluh sakit pada kepala
Orang paling dekat :	Istri
Hubungan dgn lingkungan sekitar :	Baik pasien kooperatif saat dilakukan tindakan dan pengkajian
Keyakinan dan nilai :	Pasien beragama islam dan rajin dalam beribadah
Koping dan toleransi stress :	Jika cemas pasien akan berdoa dan mendapat support dari istrinya
MK :	Ansietas

3.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Data Penunjang / Hasil pemeriksaan diagnostic	
Tanggal : 23 November 2020	
Hasil pemeriksaan Laborat :	
HCT : 41,5	Albumin : 5,7
HGB : 6.30	Bun : 10
PCT : 0,203	GDA : 117
PLT : 255	SGOT : 25
RBC : 4,55	SGPT : 61
WBC : 13,12	Kalium : 3,48
PCR : Non reaktif	Creatinin : 0,9
SWAB : Negatif	Natrium : 137
Hasil Pemeriksaan Foto Thorak :	
Hasil :	
Foto Thorakx AP	
Cor : besar dan bentuk normal	
Pulmo : infiltrat/perelubungan (-)	
Sinus phrencocostalis kanan kiri tajam	
Diaphragma kanan baik, kiri sedikit letak tinggi	
Tulang-tulang baik	
Kesimpulan	
Cor dan Pulmo normal	

3.1.6 Terapi Medis

Tanggal	Terapi obat	Dosis	Rute	Indikasi
23/11/2020	Inf Nacl (Ns)	2 kolf 1000 ml	Intravena	- Untuk mengatur cairan dalam tubuh
	Curcuma	3x20 mg	Oral	- Suplemen makanan
	Propranolol	2x10 mg	Oral	- Memperlancar aliran darah
	Inj. Cefobactam	3x500 mg	Intravena	- Menangani sejumlah kondisi yang disebabkan oleh bakteri
	Inj. Ranitidine	1x150 mg	Intravena	- Untuk mengurangi produksi asam berlebih didalam lambung

Surabaya, 23 November 2020

Mahasiswa



Ni Putu Gita Wirani, S.Kep
NIM 2030078

3.2 Analisa Data

Data / Faktor resiko	Etiologi	Masalah/Problem
<p>DS : pasien mengatakan lemah dan pusing</p> <p>DO :</p> <p>Pasien tampak lemah HB 6,30 gr/dL Pasien mengantuk CRT >2 detik Konjungtiva anemis Akril dingin Warna kulit pucat</p>	<p>Penurunan konsentrasi Hemoglobin</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif SDKI, D.0009 Hal. 37</p> <p>Kategori : Fisiologis Subkategori : Sirkulasi</p>
<p>Ds : pasien mengatakan dada pasien sesak dan nyeri saat bernafas</p> <p>Do : Bentuk dada pasien nampak simetris kanan dan kiri, pola nafas teratur irama regular. Terpasang alat bantu nafas O2. Tidak ada nyeri tekan, thorak di dapat sonor, Suara nafas vesikuler. Terdapat bunyi nafas tambahan wheezing. Sistem respirasi dalam keadaan normal.</p>	<p>Hambatan upaya napas</p>	<p>Pola nafas tidak efektif SDKI, D.0005 Hal. 26</p> <p>Kategori : Fisiologis Subkategori : Respirasi</p>
<p>Ds : Pasien mengatakan badannya terasa lemas sejak 2 hari, sesak ketika beraktifas ringan dan pasien mengatakan memiliki riwayat anemia</p> <p>Do :</p> <p>TD: 160/90 N:86x/mnt S:36,5°C RR: 20x/mnt Spo2 : 90 %</p>	<p>Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Intoleransi aktivitas SDKI, D.0056 Hal. 128</p> <p>Kategori : fisiologis Subkategori : aktivitas/istirahat</p>

<p>Ds : pasien mengatakan tidur kurang lebih 4 jam, sering terbangun, merasa tidak puas saat tidur dan tidak nyaman. Pasien mengatakan lebih sering terjaga</p> <p>Do : pasien tampak lesu, wajah tidak bersemangat, terlihat bagian bawah mata berwarna gelap</p>	<p>Kurang Kontrol Tidur</p>	<p>Gangguan pola tidur SDKI, D0055 Hal. 126</p> <p>Kategori: Fisiologis Subkategori : Aktivitas/Istirahat</p>
<p>Ds : Pasien mengeluh pusing dan merasa khawatir dengan kondisi yang di alami, pasien mengatakan tidur kurang lebih 4 jam dan kadang tidak nyaman, Pasien mengatakan berharap agar segera sembuh dari penyakitnya dan keluar dari rumah sakit</p> <p>Do : pasien tampak sulit tidur, gelisah TD: 160/90 N:86x/mnt S:36,5°C RR: 20x/mnt Spo2 : 90 %</p>	<p>Hospitalisasi</p>	<p>Ansietas SDKI, D.0080 Hal. 180</p> <p>Kategori : psikologis Subkategori : integritas ego</p>

3.2.1 Prioritas Masalah Keperawatan

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		ditemukan	teratasi	
1.	Perfusi perifer tidak efektif SDKI, D.0009 Hal. 37 Kategori : Fisiologis Subkategori : Sirkulasi	23 November 2020	Teratasi Sebagian	<i>Gita</i> (Ni Putu Gita W)
2.	Pola nafas tidak efektif SDKI, D.0005 Hal. 26 Kategori : Fisiologis Subkategori : Respirasi	23 November 2020	Teratasi Sebagian	<i>Gita</i> (Ni Putu Gita W)
3.	Intoleransi aktivitas SDKI, D.0056 Hal. 128 Kategori : fisiologis Subkategori : aktivitas/istirahat	23 November 2020	25 November 2020	<i>Gita</i> (Ni Putu Gita W)
4.	Gangguan pola tidur SDKI, D0055 Hal. 126 Kategori: Fisiologis Subkategori : Aktivitas/Istirahat	23 November 2020	Teratasi Sebagian	<i>Gita</i> (Ni Putu Gita W)
5.	Ansietas SDKI, D.0080 Hal. 180 Kategori : psikologis Subkategori : integritas ego	23 November 2020	25 November 2020	<i>Gita</i> (Ni Putu Gita W)

3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, D.0009) (Hal, 37) Kategori : Fisiologis Subkategori : Sirkulasi	Setelah dilakukan tindakan 1x4 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : (SLKI, Hal. 84) 1. Warna kulit pucat menurun 2. Pengisian kapiler membaik 3. Akral membaik 4. Turgor kulit membaik	1. Periksa sirkulasi perifer 2. Indikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Lakukan hidrasi 4. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 5. Identifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan 6. Monitor hasil laboratorium yang diperlukan 7. Ambil sampel darah sesuai protokol
2.	Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas SDKI, D.0005 Hal. 26 Kategori : Fisiologis Subkategori : Respirasi	Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil : (SLKI, hal. 95) 1. Dyspnea menurun 2. Penggunaan otot bantu nafas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Frekuensi nafas membaik 5. Kedalaman nafas membaik	1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (Mis. Gungling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Perhatikan kepatenan jalan nafas dengan head-till dan chin-lift 5. Posisikan semi fowler atau fowler 6. Berikan minum hangat 7. Lakukan fisioterapi dada jika perlu 8. Lakukan pengisapan lender kurang dari 15 detik 9. Berikan oksigen jika perlu

			<ul style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi 11. Ajarkan teknik batuk efektif 12. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
3.	<p>Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056) (Hal, 128)</p> <p>Kategori : Fisiologis</p> <p>Subkategori : Aktivitas/Istirahat</p>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <p>(SLKI, Hal 149)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Dyspnea saat aktivitas menurun 5. Dyspnea setelah aktivitas menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mis. Cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan rentang gerak pasif dan atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan 8. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4.	<p>Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur SDKI, D0055 Hal. 126</p> <p>Kategori: Fisiologis Subkategori : Aktivitas/Istirahat</p>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>(SLKI, Hal 96)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 5. Kemampuan beraktivitas meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Anjurkan menepati jadwal tidur 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik
5.	<p>Ansietas b/d hospitalisasi SDKI, D.0080 Hal. 180</p> <p>Kategori : psikologis Subkategori : integritas ego</p>	<p>Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>(SLKI, Hal. 132)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi 6. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 8. Gunakan pakaian longgar

			<ol style="list-style-type: none">9. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama10. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lainnya, jika sesuai11. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (Mis. Music, mediasi, nafas dalam, relaksasi otot progresif)12. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih13. Anjurkan mengambil posisi nyaman14. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi15. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang di pilih16. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Nafas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
--	--	--	--

3.4 Implementasi & Evaluasi

No Dx	Hari/Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Jam	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
Hari Pertama 23 November 2021				24 November 2021		
1,2,3,4,5	18.00	1. Mengucapkan salam, melakukan perkenalan diri serta membina hubungan saling percaya Hasil : pasien memperkenalkan diri serta tidak malu malu	<i>Gita</i>	08.00	Dx 1 S : 1. Pasien mengatakan masih merasa pusing 2. Pasien mengatakan badan tidak memiliki tenaga O : 1. CRT >2 detik 2. Akral dingin 3. Warna kulit pucat 4. Turgor kulit menurun 5. Cairan masuk 500 cc (Infus NS) 6. Pasien minum 5 gelas A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7	<i>Gita</i>
1	18.05	2. Memeriksa Sirkulasi Perifer Hasil : CRT >2 detik	<i>Gita</i>			
1	10.07	3. Mengindikasi faktor resiko gangguan sirkulasi seperti kram otot, kaki dan lengan terasa dingin, kulit kaki dan lengan Hasil : pasien mendengarkan dan memahami	<i>Gita</i>			
1	18.10	4. Melakukan hidrasi dengan menganjurkan pasien minum 8 gelas perhari Hasil : pasien biasa minum kurang dari 8 gelas per hari	<i>Gita</i>			
1,3	18.12	5. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Hasil : tidak terdapat panas, kemerahan atau bengkak pada	<i>Gita</i>	08.30		Dx 2 S : pasien mengatakan dada pasien sesak dan nyeri saat bernafas

1	18.15	ekskremitas 6. Mengidentifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan Hasil : melakukan pemeriksian darah di IGD	<i>Gita</i>		O :	
1	18.17	7. Memonitor hasil labolatorium yang di perlukan Hasil : Hb pasien 6.30 gr/dL	<i>Gita</i>		1. Bentuk dada pasien nampak simetris kanan dan kiri,	
2	18.20	8. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : pola nafas teratur dengan irama reguler, usaha nafas baik	<i>Gita</i>		2. pola nafas teratur irama regular.	
2	18.23	9. Memonitor bunyi nafas tambahan (Mis. Gungling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil : suara nafas vesikuler, terdapat bunyi nafas tambahan wheezing	<i>Gita</i>		3. Terpasang alat bantu nafas O2.	
2	18.25	10. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) Hasil : tidak terdapat sputum	<i>Gita</i>		4. Tidak ada nyeri tekan, thorak di dapat sonor,	
2,3,5	18.27	11. Memposisikan semi fowler atau fowler Hasil : posisi pasien semifowler	<i>Gita</i>	09.00	5. Suara nafas vesikuler.	
2,5	18.30	12. Memberikan minum hangat Hasil : keluarga membantu memberikan air minum hangat	<i>Gita</i>		6. Terdapat bunyi nafas tambahan wheezing.	
2	18.32	13. Memberikan oksigen Hasil : pasein terpasang oksigen	<i>Gita</i>		7. Sistem respirasi dalam keadaan normal.	
					A : Masalah Belum Teratasi	
					P : Intervensi 8, 9, 11, 12, 13, dilanjutkan	
					Dx 3	<i>Gita</i>
					S : 1. Pasien mengatakan badannya masih terasa lemas	
					2. Pasien mengatakan masih merasa sesak	
					O :	

3	18.35	nasal kanul 3 lpm 14. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : kaki dan tangan lemas ketika berktivitas lebih dari 5 menit	<i>Gita</i>			
3	18.38	15. Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil : kelelahan akibat aktivitas dan pasien mampu mengontrol emosi	<i>Gita</i>			
4,5	18.40	16. Monitor pola dan jam tidur Hasil : pasien tidur kurang lebih 4 jam sehari dan tidak menentu	<i>Gita</i>			
2,3,4,5	18.43	17. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mis. Cahaya, suara, kunjungan) Hasil : pada saat tidur menggunakan penutup mata	<i>Gita</i>	10.00		
3	18.45	18. Mengajarkan rentang gerak fasif dan atau aktif Hasil : pasien antusias mengikuti arahan dan keluarga mendampingi	<i>Gita</i>			
3,4,5	18.47	19. Menganjurkan tirah baring Hasil : pasein berada di tempat tidur, hanya ketika BAK turun dari tempat tidur	<i>Gita</i>			
3	18.50	20. Menganjurkan melakukan aktivitas	<i>Gita</i>			

1. TTV :
TD: 150/80 mmHg
N:86 x/mnt
S:37,5°C
RR: 20x/mnt
Spo2 : 96 %

2. Pasien terlihat lebih rileks
3. Pasiun mampu mengikuti intruksi saat latihan ROM

A :

Masalah belum teratasi

P :

Intervensi 14, 15, 17, 18. 19. 20, dilanjutkan

Dx 4

S :

1. Pasien mengatakan gejala di awal masih tidak hilang dimana tidur kurang lebih 4 jam
2. Pasien mengatakan sering terbangun, merasa tidak puas saat tidur dan tidak nyaman.
3. Pasien mengatakan lebih sering terjaga

Gita

4,5	18.53	<p>secara bertahap</p> <p>Hasil : pelan pelan ke kamar mandi, latihan duduk di tepi tempat tidur</p> <p>21. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>Hasil : pasien kepiran karena untuk keduakalinya masuk rumah sakit dengan sakit yang sama</p>	<i>Gita</i>		<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lesu 2. Wajah tampak tidak bersemangat 3. Terlihat pada bagian bawah mata berwarna gelap 4. Pasien terlihat hanya tiduran di atas tempat tidur 	
4	18.55	<p>22. Mengidentifikasi makan dan minuman yang mengganggu tidur</p> <p>Hasil : pasien suka minum kopi</p>	<i>Gita</i>		<p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p>	
4,5	19.00	<p>23. Menetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>Hasil : jadwal tidur mulai pukul 21.00</p>	<i>Gita</i>		<p>P :</p> <p>Intervensi 21, 22, 23, 24, 25, 26. dilanjutkan</p>	
1,2,3,4,5	19.03	<p>24. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>Hasil : TD: 150/80 mmHg N:86 x/mnt S:37,5 °C RR: 20x/mnt Spo2 : 96 %</p>	<i>Gita</i>	10.30	<p>Dx 5</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan dengan terapi relaksasi cemasnya sudah sedikit menurun. 2. Klien mengatakan baru mendapat informasi tentang pengetahuan mengatasi kecemasannya dan merasa senang dengan hasil dari relaksasi nafas dalam . 	<i>Gita</i>
3,4,5	19.05	<p>25. Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (Mis. Music, mediasi, nafas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>Hasil : pasien mendengarkan dengan antusi terkair tehnik relaksasi</p>	<i>Gita</i>			
3,4,5	19.08	<p>26. Mendemonstrasikan dan latih tehnik relaksasi Nafas dalam</p> <p>Hasil : pasien mampu mengikuti</p>	<i>Gita</i>		<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD: 150/80 mmHg 	

		latihan dengan baik			N:86 x/mnt S:37,5°C RR: 20x/mnt Spo2 : 96 % 2. Pasien tampak lebih tenang 3. Pasien tampak lebih rileks A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi 1, 17, 19, 21, 24, 25, 26 dilanjutkan	
Hari Kedua 24 November 2020				25 November 2020		

1,2,3,4,5	10.00	1. Mengucapkan salam, melakukan perkenalan diri serta membina hubungan saling percaya Hasil : pasien memperkenalkan diri serta tidak malu malu	<i>Gita</i>	08.00	Dx 1 S : 1. Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing 2. Pasien mengatakan badan mulai memiliki tenaga O : 1. CRT <2 detik 2. Akral hangat 3. Warna kulit pucat 4. Turgor kulit membaik 5. Cairan masuk 1000 cc 6. Pasien minum 6 gelas /hari A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi 1,2,4	<i>Gita</i>
1	10.03	2. Memeriksa Sirkulasi Perifer Hasil : CRT >2 detik	<i>Gita</i>			
1	10.05	3. Mengindikasi faktor resiko gangguan sirkulasi seperti kram otot, kaki dan lengan terasa dingin,kulit kaki dan lengan Hasil : pasien mendengarkan dan memahami	<i>Gita</i>			
1	10.07	4. Melakukan hidrasi dengan menganjurkan pasien minum 8 gelas perhari Hasil : pasien biasa minum kurang dari 8 gelas per hari	<i>Gita</i>			
1,3	10.10	5. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada eksremitas Hasil : tidak terdapat panas, kemerahan atau bengkak pada ekskremitas	<i>Gita</i>	08.30		
2	10.12	6. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : pola nafas teratur dengan irama reguler, usaha nafas baik	<i>Gita</i>			<i>Gita</i>

2	10.15	7. Memonitor bunyi nafas tambahan (Mis. Gungling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil : suara nafas vesikuler, tidak terdapat bunyi nafas tambahan	<i>Gita</i>		O2 jika perlu.	
2,3	10.18	8. Memposisikan semi fowler atau fowler Hasil : posisi pasien semifowler	<i>Gita</i>		4. Tidak ada nyeri tekan, thorak di dapat sonor,	
2	10.20	9. Memberikan minum hangat Hasil : keluarga membantu memberikan air minum hangat	<i>Gita</i>		5. Suara nafas vesikuler.	
2	10.23	10. Memberikan oksigen Hasil : pasein terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm jika merasa sesak	<i>Gita</i>		6. Tidak terdapat bunyi nafas tambahan	
3	10.25	11. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil : kaki dan tangan lemas ketika berktivitas lebih dari 5 menit	<i>Gita</i>	09.00	7. Sistem respirasi dalam keadaan normal.	
4,5	10.27	12. Monitor pola dan jam tidur Hasil : pasien tidur kurang lebih 5 jam sehari dan tidak menentu	<i>Gita</i>		A : Masalah Teratasi Sebagian	
3,4,5	10.30	13. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mis. Cahaya, suara, kunjungan) Hasil : pada saat tidur	<i>Gita</i>		P : Intervensi 1, 6, 7, 8, 10 dilanjutkan	
					Dx 3	
					S : 1. Pasien mengatakan sudah mulai membaik, badan pasien terasa tidak selemas di awal 2. Pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak setelah beraktifitas	
					O : 1. TTV : TD: 120/80 mmHg N:86 x/mnt S:36,5°C	<i>Gita</i>

3	10.20	menggunakan penutup mata 14. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil : pelan pelan ke kamar mandi, latihan duduk di tepi tempat tidur	<i>Gita</i>		RR: 20x/mnt Spo2 : 98 % 2. Pasien tampak lebih rileks 3. Pasien rutin melakukan latihan ROM dengan semangat	
4,5	10.23	15. Menetapkan jadwal tidur rutin Hasil : jadwal tidur mulai pukul 21.00	<i>Gita</i>		A : Masalah teratasi P :	
1,2,3,4,5	10.25	16. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan Hasil : TD: 120/80 mmHg N:86 x/mnt S:36,5oC RR: 20x/mnt Spo2 : 98 %	<i>Gita</i>	09.30	Intervensi di lanjutkan dengan edukasi tehnik relaksasi	
4,5	10.30	17. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi Nafas dalam Hasil : pasien mampu mengikuti latihan dengan baik	<i>Gita</i>		Dx 4 S : 1. Pasien mengatakan gejala di awal masih tidak hilang dimana tidur kurang lebih 5 jam 2. Pasien mengatakan sering terbangun dan tidak nyaman. 3. Pasien mengatakan lebih sering terjaga 4. Pasien mengatakan sudah mengikuti jadwal tidur malam yang telah di tetapkan O : 1. Pasien tampak lesu	<i>Gita</i>

				10.00	<p>2. Terlihat pada bagian bawah mata berwarna gelap</p> <p>3. Pasien mengikuti jadwal tidur namun sering terbangun pukul 02.00</p> <p>4. Pasien tampak rileks</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi 1, 12, 13, 15, 16, 17, dilanjutkan</p> <p>Dx 5</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan dengan terapi relaksasi pasien sudah tidak cemas 2. Klien mengatakan bersemangat untuk pulang karena kondisi sudah mulai membaik, jadi tidak cemas lagi. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD: 120/80 mmHg N:86 x/mnt S:36,5°C RR: 20x/mnt Spo2 : 98 % 	
--	--	--	--	-------	---	--

					<p>2. Pasien tampak lebih tenang 3. Pasien tampak lebih rileks</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan edukasi penanganan kecemasan</p>	
--	--	--	--	--	---	--

Hari Ketiga 25 November 2020				25 November 2020		
1,2,4	08.00	1. Mengucapkan salam, melakukan perkenalan diri serta membina hubungan saling percaya Hasil : pasien memperkenalkan diri serta tidak malu malu	<i>Gita</i>	18.00	Dx 1 S : 1. Pasien mengatakan sudah tidak pusing 2. Pasien mengatakan badan lebih fit O : 1. CRT <2 detik 2. Akral hangat 3. Warna kulit kemerahan 4. Turgor kulit membaik 5. Cairan masuk 1000 cc 6. Minum 8 gelas /hari A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3 di lanjutkan dan edukasi tentang pencegahan anemia	<i>Gita</i>
1	08.10	2. Memeriksa Sirkulasi Perifer Hasil : CRT <2 detik	<i>Gita</i>			
1,2	08.15	3. Melakukan hidrasi dengan menganjurkan pasien minum 8 gelas perhari Hasil : pasien biasa minum kurang dari 8 gelas per hari	<i>Gita</i>			
2	08.18	4. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : pola nafas teratur dengan irama reguler, usaha nafas baik	<i>Gita</i>			
2	08.20	5. Memonitor bunyi nafas tambahan (Mis. Gungling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil : suara nafas vesikuler, tidak terdapat bunyi nafas tambahan	<i>Gita</i>			
2,4	08.25	6. Memposisikan semi fowler atau fowler Hasil : posisi pasien semifowler	<i>Gita</i>			
2,4	08.30	7. Memberikan minum hangat Hasil : keluarga membantu	<i>Gita</i>			
				18.30	Dx 2 S : pasien mengatakan sudah tidak nyeri saat bernafas, namun kadang kadang merasa sesak O : 1. Bentuk dada pasien nampak simetris kanan dan kiri, 2. pola nafas teratur irama	<i>Gita</i>

2	08.35	8. Memberikan oksigen Hasil : pasein terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm jika merasa sesak	<i>Gita</i>		regular.	
4	08.45	9. Monitor pola dan jam tidur Hasil : pasien tidur kurang lebih 5 jam sehari dan tidak menentu	<i>Gita</i>		3. Terpasang alat bantu nafas O2 jika perlu.	
2,4	08.50	10. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mis. Cahaya, suara, kunjungan)			4. Tidak ada nyeri tekan, thorak di dapat sonor,	
4	08.55	11. Menetapkan jadwal tidur rutin Hasil : jadwal tidur mulai pukul 21.00			5. Suara nafas vesikuler.	
1,2,4	09.00	12. Memeriksa TTV Hasil : TD: 120/80 mmHg N:86 x/mnt S:36,5oC RR: 20x/mnt Spo2 : 98 %		19.00	6. Tidak terdapat bunyi nafas tambahan	
2,4	09.05	13. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi Nafas dalam Hasil : pasien mampu mengikuti latihan dengan baik			7. Sistem respirasi dalam keadaan normal.	
1	09.10	14. Mengambil sampel darah untuk cek Hb Hasil : Hasil Lab belum keluar			A : Masalah Teratasi Sebagian	
					P : Intervensi 1, 2, 3, 5, 6, 12, 13 dilanjutkan	
					Dx 4	<i>Gita</i>
					S : 1. Pasien mengatakan bisa tidur kurang lebih 7 jam/hari	
					2. Pasien mengatakan sering terbangun	
					3. Pasien mengatakan sudah mengikuti jadwal tidur malam	
					O : 1. Terlihat warna gelap pada	

					<p>kantung mata memudar</p> <p>2. Pasien terlihat lebih fit</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi 1, 6, 7, 9, 11, 12, 13 dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	---	--

3.5 Evaluasi Sumatif

Tgl	Diagnosa	Evaluasi sumatif
25/08/ 2020	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, D.0009) (Hal.37)</p> <p>Kategori : Fisiologis Subkategori : Sirkulasi</p>	<p>Dx 1 S : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah tidak pusing 2. Pasien mengatakan badan lebih fit O : <ol style="list-style-type: none"> 1. CRT <2 detik 2. Akral hangat 3. Warna kulit kemerahan 4. Turgor kulit membaik 5. Cairan masuk 1000 cc 6. Minum 8 gelas /hari A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3 di lanjutkan dengan edukasi tentang pencegahan anemia</p>
28/08/ 2020	<p>Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas (SDKI, D.0005) (Hal. 26)</p> <p>Kategori :Fisiologis Subkategori : Respirasi</p>	<p>Dx 2 S : pasien mengatakan sudah tidak nyeri saat bernafas, namun kadang kadang merasa sesak O : <ol style="list-style-type: none"> 1. Bentuk dada pasien nampak simetris kanan dan kiri, 2. pola nafas teratur irama regular. 3. Terpasang alat bantu nafas O2 jika perlu. 4. Tidak ada nyeri tekan, thorak di dapat sonor, 5. Suara nafas vesikuler. 6. Tidak terdapat bunyi nafas tambahan </p>

		<p>7. Sistem respirasi dalam keadaan normal.</p> <p>A : Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P : Intervensi 1, 2, 3, 5, 6, 12, 13 dilanjutkan</p>
25/08/2020	<p>Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056) (Hal, 128)</p> <p>Kategori : Fisiologis</p> <p>Subkategori : Aktivitas/Istirahat</p>	<p>Dx 3</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah mulai membaik, badan pasien terasa tidak selemas di awal 2. Pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak setelah beraktifitas <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV : TD: 120/80 mmHg N:86 x/mnt S:36,5°C RR: 20x/mnt Spo2 : 98 % 2. Pasien tampak lebih rileks 3. Pasien rutin melakukan latihan ROM dengan semangat <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan dengan edukasi tehnik relaksasi</p>
25/08/2020	<p>Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (SDKI, D.0055) (Hal. 126)</p>	<p>Dx 4</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan bisa tidur kurang lebih 7 jam/hari

	<p>Kategori: Fisiologis Subkategori : Aktivitas/Istirahat</p>	<p>2. Pasien mengatakan sering terbangun 3. Pasien mengatakan sudah mengikuti jadwal tidur malam</p> <p>O :</p> <p>1. Terlihat warna gelap pada kantung mata memudar 2. Pasien terlihat lebih fit</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi 1, 6, 7, 9, 11, 12, 13 dilanjutkan</p>
25/08/2020	<p>Ansietas b/d hospitalisasi (SDKI, D.0080) (Hal. 180)</p> <p>Kategori : psikologis Subkategori : integritas ego</p>	<p>Dx 5</p> <p>S:</p> <p>1. Klien mengatakan dengan terapi relaksasi pasien sudah tidak cemas 2. Klien mengatakan bersemangat untuk pulang karena kondisi sudah mulai membaik, jadi tidak cemas lagi.</p> <p>O :</p> <p>1. TD: 120/80 mmHg N:86 x/mnt S:36,5°C RR: 20x/mnt Spo2 : 98 %</p> <p>2. Pasien tampak lebih tenang 3. Pasien tampak lebih rileks</p> <p>A:</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan edukasi penanganan kecemasan</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. W dengan diagnosa medis Anemia di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien agar dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien (Sinulingga, 2009). Pengkajian pada kasus didapatkan data bahwa pasien bernama Tn. W seorang laki-laki berusia 60 tahun. Didalam tinjauan teoritis umur diatas 20 tahun dan perempuan memiliki resiko terkenanya penyakit anemia dari pada laki laki (Carpenito & Monyet, 2012).

4.1.1 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Keluhan utama pada Tn. W dalam tinjauan kasus dengan tinjauan teoritis terdapat kesamaan data pada saat pengkajian. Tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus terhadap pasien, terdapat kesamaan gejala utama diantaranya yaitu : lemah, letih, lesu, lelah, sering mengeluh pusing, mata berkunang-kunang, sulit berkonsentrasi, dan telapak tangan pucat. Pada tinjauan teoritis mengkaji adanya

penyakit anemia, dan pasien mengatakan pernah di rawat sebelumnya dengan penyakit serupa yang di alami pasien saat ini. Dalam pengkajian pemeriksaan fisik pada pasien anemia secara teoritis seperti pemeriksaan tekanan darah menurun, nadi meningkat, suhu meningkat dan pernafasan cepat, sedangkan pada kasus penulis menemukan tekanan darah pasien meningkat yaitu 160/90 mmHg, nadi pada klien normal yaitu 86x/menit, suhu normal 36.5⁰C dan pernafasan normal 20x.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Badan pasien lemas saat akan melakukan aktivitas, setelah istirahat keadaan pasien tidak membaik serta mengeluh sesak nafas. Keadaan yang dialami pasien yang sudah 2 hari mengeluh lemas serta mengeluh sesak nafas diakibatkan oleh kurangnya kadar oksigen di dalam darah atau nilai Hb di bawah normal. Hal ini di buktikan pada tinjauan teoritis menurut Khairina (2008) manifestasi klinis yang dialami oleh penderita anemia ialah Hb rendah di bawah 7 mg%, mengeluh lemah dan sesak nafas. Dimana pada tinjauan teori dan kasus yang di alami Tn. W sejalan.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien memiliki riwayat penyakit anemia sebelumnya dan pernah di rawat di rumah sakit. Keadaan tersebut sejalan dengan tinjauan teoritis dimana pada riwayat penyakit dahulu pasien memiliki penyakit yang sama yaitu anemia.

4.1.2 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (*Breath*)

Pengkajian yang didapatkan pada Tn. W pasien mengeluh dada terasa sesak, dengan bentuk dada simetris, pola nafas regular, tidak ada nyeri tekan. Pada

pemeriksaan perkusi terdengar sonor dan pada pemeriksaan auskultasi terdengar suara nafas vesikuler dengan terdapat suara nafas tambahan *Wheezing*. Sedangkan pada tinjauan teoritis pada pemeriksaan B1 (*Breath*) dimana didapat *Dispnea*, nafas pendek, dan cepat lelah waktu melakukan aktifitas jasmani merupakan berkurangnya pengiriman oksigen. Pada pasien dilakukan evaluasi seperti pola nafas, pergerakan rongga dada: apakah simetris atau tidak, suara nafas tambahan: apakah tidak ada obstruksi total, udara nafas yang keluar dari hidung, sianosis pada ekstremitas, auskultasi: adanya wheezing atau rhonchi. Sehingga pada tinjauan teori dan tinjauan kasus terdapat beberapa yang sejalan seperti pasien mengalami *dyspnea* dan terdapat suara nafas tambahan. Sesuai dengan patofisiologi dimana Hb menurun menyebabkan oksihemoglobin menurun sehingga terjadi gangguan sirkulasi mengakibatkan kompensasi jantung sehingga respirasi meningkat dan nadi meningkat yang mengakibatkan pasien merasa sesak (Wijaya & Putri, 2013)

2. B2 (*Blood*)

Pengkajian pada system sirkulasi Tn. W didapat pasien tidak sianosis, clubbing finger tidak ada, ictus kordis tidak teraba, tidak teraba pembesaran jantung, tidak terdapat nyeri dada, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak terdapat gallop. Konjungtiva anemis, pucat pada wajah, telapak tangan, sertam membran mukosa bibir. Pada tinjauan teori didapatkan takikardi, pucat pada kuku, telapak tangan serta membrane mukosa bibir dan konjungtiva . Terdapat persamaan pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dimana pada pengkajian system sirkulasi pasien mengalami gejala yang sesuai dengan teori.

3. B3 (*Brain*)

Keadaan umum pasien lemah, kesadaran *composmentis*, orientasi klien baik (klien mampu mengenali waktu dan tempat), bisep +/+, Trisep +/+, patella +/+, babinski -/-, kaku kuduk -/-. Hasil pengkajian pada B3 (*brain*) tidak sepenuhnya sejalan dengan tinjauan teori dimana terjadi disfungsi neurologis, sakit kepala, pusing, kelemahan dan tinnitus (telinga berdengung). Terdapat beberapa gejala yang di alami pasien seperti sakit kepala, pusing dan kelemahan.

4. B4 (*Bladder*)

Pada pasien anemia terjadi gangguan ginjal dimana produksi urine menurun sesuai dengan tinjauan teori. Namun pada pasien Tn. W di dapat hasil pemeriksaan pasien tidak mengalami keluhan BAK, tidak terpasang folley katetr, tidak ada masa atau nyeri tekan, pasien minum 2 liter/hari dan BAK 4-5x/hari dan terpasang infus Ns. Sehingga tinjauan teori dan kasus tidak harus selalu sejalan.

5. B5 (*Bowel*)

Pada pengakajian sistem pencernaan didapat pasien tidak ada keluhan BAB, porsi makan habis 1 porsi, keadaan mulut bersih, mukosa lembab, tidak terpasang NGT, tidak ada mual dan muntah, turgor kulit kembali <2 detik, peristaltic usus kurang lebih 20 x/menit dan berat badan sebelum MRS yaitu 58 kg dan saat sakit 57 kg. Sedangkan pada tinjauan teori pada pengkajian pencernaan didapatkan penurunan intake nutrisi disebabkan karena anoreksia, mausea, konstipasi atau diare, serta stomatitis (sariawan lidah mulut). Hal tersebut tidak di alami oleh pasien, dikarenakan menurut penulis pasien memiliki niat untuk sembuh sehingga pasien tidak mengabaikan pemenuhan nutrisi.

6. B6 (*Bone*)

Pada pengkajian muskuloskeletal didapatkan kekuatan otot ekstermitas atas 4444/4444 dan ekstermitas bawah 4444/4444. Kekuatan otot penuh yang normal, melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal, turgor kulit elastis, tidak ada edema. Karena pasien mengalami penurunan transport O₂ ke jaringan yang menyebabkan penurunan kekuatann otot sehingga pasien mengalami kelelahan saat atau setelah beraktivitas (Wijaya & Putri, 2013).

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai respon individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui proses pengumpulan data terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial guna menjaga status kesehatan (Panjaitan, 2010). Diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan pustaka yaitu :

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
3. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
4. Resiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan kontraktilitas
5. Resiko cedera ditandai dengan vertigo
6. Risiko ketidak seimbangan cairan
7. Gangguan eliminasi uri berhubungan dengan penurunan kapasitas kantung kemih
8. Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan
9. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal

10. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
11. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis anemia

Dari beberapa diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus. Terdapat dua diagnosa yang muncul pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu :

1. Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb dalam darah.

Rasional :

Pada diagnose ini di dapat data pada pasien Tn. W dimana ditandai dengan penurunan kadar nilai Hb, konjungtiva anemis, bibir pucat kering, dan CRT >3 detik. Hasil pengkajian yang di dapat pada kasus sejalan dengan diagnosa yang ada pada tinjauan teori dimana Secara umum perfusi jaringan perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Perfusi jaringan perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah menuju perifer yang memungkinkan terjadinya komplikasi yang dapat mengganggu kesehatan (Nurrarif & Kusuma, 2015).

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

Rasional :

Pada kasus ini, Tn W mengalami sesak nafas, dada terasa nyeri serta terdapat suara nafas tambahan *wheezing*. Hal tersebut sejalan dengan tinjauan teori dimana pada proses pemenuhan oksigenasi tubuh terdiri dari tiga tahap yaitu ventilasi, difusi gas, dan transportasi gas. Pada kasus anemia transportasi gas terganggu akibat penurunan kadar Hb, sehingga transpor oksigen tidak maksimal akibat kekurangan

hemoglobin (Hidayat, 2006). Hal ini juga terdapat dalam SDKI, 2016 dimana tanda gejala mayor dan minor pada diagnosa pola nafas tidak efektif di alami oleh pasien.

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

Rasional :

Pada kasus ini, pasien Tn. W mengalami lemas selama 2 hari, lelah saat atau sesudah beraktivitas dan tn. W memiliki riwayat anemia. saat dilakukan pemeriksaan laboratorium di dapat nilai Hb 6.30 gr/dL. Pada tinjauan teori dijelaskan bahwa ketika seseorang mengalami anemia maka terjadi penurunan aliran darah perifer mengakibatkan peurunanan trasport O₂ ke jaringan sehingga metabolisme aerob turun dan anaerob naik sehingga mengalami keletihan atau kelemahan (Wijaya & Putri, 2013)

Sedangkan diagnosa keperawatan yang tidak ada pada tinjauan pustaka tapi muncul pada kasus yaitu :

1. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Rasional :

Kualitas tidur dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti stres, kecemasan berlebih, penyakit, kurang olah raga, pola makan yang buruk, konsumsi alkohol, kafein, nikotin, perubahan lingkungan sekitar dan dan efek samping obat (Yamin Tentri, 2012). Selain durasi dan kualitas tidur yang dapat diperhatikan juga adalah kedalaman tidur. Pada kasus Tn. W Pasien tidur kurang lebih 4 jam dan kadang tidak nyaman dan sering terbangun, Pasien mengeluh pusing, sering terjaga dan tidak puas saat tidur. Dengan demikian walaupun pasien memiliki durasi tidur yang cukup dan kualitas yang baik, tetapi jika kedalaman tidur tidak tercapai

kemungkinan mempengaruhi nilai Hb (Palawe & Rotty, 2016).

2. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi

Rasional :

Ansietas merupakan perasaan takut yang tidak jelas yang tidak di dukung oleh situasi (videbeek, 2008). Pada kasus Tn. W menunjukkan tanda ansietas akibat hospitalisasi seperti merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi, pusing, tampak tegang dan gelisah. Dimana pada SDKI, 2016 tanda gejala mayor subjektif yaitu merasa khawati dengan akibat dari kondisi yang di hadapi, sedangkan tanda gejala mayor objektif yaitu tampak gelisah dan tegang.

Terdapat beberapa diagnosa pada tinjauan pustaka yang di masukkan pada tinjauan kasus seperti : 1). Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler dimana pada kasus tidak di dapat data mayor dan minor seperti PCO₂ meningkat/menurun, takikardi, pola nafas abnormal, kesadaran menurun, nafas cuping hidung. Namun pada kasus di dapat tidak ada tanda sianosis, warna kulit pucat dan pusing. Dimana pada saat penentuan diagnose harus memenuhi kriteria mayor (80%-100%) dan sebagian kriteria minor (PPNI, 2016); 2). Risiko penurunan curah jantung. Dimana pada diagnose ini tidak terdapat faktor resiko seperti perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung dan perubahan kontraktilitas yang di alami oleh pasien Tn. W; 3) Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menerima makanan. Pada diagnose ini tidak di angkat pada tinjauan kasus dikarenakan pada pengkajian tidak di dapat penurun berat badan minimal 10% ; 4) Konstipasi berhubungan dengan penurunan mortalitas gastrointestinal. Pada kasus pasien tidak mengalami gangguan eliminasi.

4.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan suatu penyusunan tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk menanggulangi masalah sesuai diagnosa keperawatan (Dermawan, 2012). Pada perencanaan terdapat tujuan dan kriteria hasil diharapkan dapat sesuai dengan sasaran yang diharapkan terhadap kondisi pasien. Pada perumusan tujuan antara pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensiya dengan rasional sesuai intervensi tindakan.

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb dalam darah

Setelah dilakukan tindakan 3x4 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik. Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan yaitu periksa sirkulasi perifer, indikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, lakukan hidrasi, monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada eksremitas.

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

Setelah dilakukan tindakan selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil : dyspnea menurun, penggunaan otot bantu nafas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi nafas membaik, kedalaman nafas membaik. Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan yaitu monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), monitor bunyi nafas tambahan (mis. Gungling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum

(jumlah, warna, aroma), perhatikan kepatenan jalan nafas dengan head-till dan chin-lift, posisikan semi fowler atau fowler.

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil : frekuensi nadi meningkat, keluhan lelah menurun, dyspnea saat aktivitas menurun, dyspnea setelah aktivitas menurun.

Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan yaitu identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan), lakukan rentang gerak pasif dan atau aktif, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, kemampuan beraktivitas meningkat. Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor

pengganggu tidur, identifikasi makan dan minuman yang mengganggu tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, anjurkan menepati jadwal tidur, ajarkan relaksasi otot autogenik

5. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi

Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik. Beberapa intervensi untuk mencapai tujuan yaitu : terapi identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif di gunakan, identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya, periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan, monitor respon terhadap terapi relaksasi, ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan, berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi, gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lainnya, jika sesuai, jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music, mediasi, nafas dalam, relaksasi otot progresif), jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih, anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang di pilih, demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Nafas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

4.4 Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi adalah suatu kegiatan yang terencana, bukan hanya suatu aktifitas dan dilakukan secara sungguh-sungguh berdasarkan acuan norma-norma tertentu untuk mencapai tujuan kegiatan. Implementasi merupakan pengelolaan dari perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi langsung maupun tidak langsung (Setiadi, 2012).

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb dalam darah

Tindakan yang dilakukan kepada pasien adalah memeriksa sirkulasi perifer dengan menekan ujung kuku, indikasi faktor resiko gangguan sirkulasi seperti kram otot kaki, telapak tangan dingin, melakukan hidrasi dengan menganjurkan minum 8 gelas/hari, memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas.

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

Tindakan yang dilakukan kepada pasien adalah memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), memonitor bunyi nafas tambahan (mis. Gungling, mengi, wheezing, ronchi kering), memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), memposisikan semi fowler atau fowler, memberikan minum hangat, memberikan oksigen

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

Tindakan yang dilakukan kepada pasien adalah mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh ekstremitas atas dan bawah yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan emosional, memonitor pola dan jam tidur dimana

pasien hanya tidur 4 jam, memonitor ketidaknyamanan selama beraktifitas, menyediakan lingkungan yg nyaman dimana mengecek kebersihan ruanga, melatih ROM tiap 3 jam sekali, memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan dan pasien tampak rileks.

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Tindakan yang di lakukan kepada pasien adalah mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, mengidentifikasi makan dan minuman yang mengganggu tidur, menetapkan jadwal tidur rutin, Menganjurkan menepati jadwal tidur, mengajarkan relaksasi otot autogenik

5. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi

Tindakan yang di lakukan kepada pasien adalah mengidentifikasi makan dan minum yang mengganggu tidur seperti kopi, menganjurkan menepati jadwal tidur, membantu pasien mengambil posisi yang nyaman, mengajarkan relaksasi otot.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011). Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan untuk menentukan apakah intervensi berhasil meningkatkan kondisi klien telah berhasil meningkatkan kondisi klien, dan evaluasi merupakan langkah terakhir dalam menentukan proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak, dengan cara melibatkan klien dan keluarga dan tenaga kesehatan lainnya (Potter and Perry, 2009).

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb dalam darah

Setelah dilakukan tindakan 3x4 jam perfusi perifer meningkat dengan Pasien mengatakan sudah tidak pusing, Pasien mengatakan badan lebih fit, CRT <2 detik, Akral hangat, Warna kulit kemerahan, Turgor kulit membaik, Cairan masuk 1000 cc, Minum 8 gelas /hari

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

Setelah dilakukan tindakan 3x4 jam pola nafas membaik dengan pasien mengatakan sudah tidak nyeri saat bernafas, namun kadang kadang merasa sesak, bentuk dada pasien nampak simetris kanan dan kiri, pola nafas teratur irama regular, terpasang alat bantu nafas o2 jika perlu, tidak ada nyeri tekan, thorak di dapat sonor, suara nafas vesikuler, tidak terdapat bunyi nafas tambahan

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam toleransi aktifitas meningkat dengan keadaan umum baik, tidak mengeluh kelelahan dan sudah tidak merasa sesak setelah beraktifitas. Di dapat TTV pasien TD: 120/80 mmHg, N:86 x/mnt, S:36,5°C, RR: 20x/mnt, Spo2 : 98 %, Pasien tampak lebih rileks, Pasien rutin melakukan latihan ROM dengan semangat.

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam pola tidur membaik dengan hasil pasien mengatakan bisa tidur kurang lebih 7 jam/hari, pasien mengatakan sering terbangun, pasien mengatakan sudah mengikuti jadwal tidur malam, terlihat warna gelap pada kantung mata memudar, pasien terlihat lebih fit. Pada evaluasi diagnosa

ketiga dimana masalah teratasi sebagian dikarenakan pasien sering terbangun pada tidurnya.

5. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi

Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam tingkat ansietas menurun dimana klien mengatakan dengan terapi relaksasi pasien sudah tidak cemas, klien mengatakan bersemangat untuk pulang karena kondisi sudah mulai membaik, jadi tidak cemas lagi, td: 120/80 mmhg, n:86 x/mnt, s:36,5^oc, rr: 20x/mnt, spo2 : 98 %, pasien tampak lebih tenang, pasien tampak lebih rileks

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus Anemia di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Suarabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dengan diagnosa Anemia.

5.2.1 Simpulan

1. Pengkajian pada Tn. W pada di temukan pasien tampak lelah, dada terasa sesak, terdapat suara nafas tambahan *wheezing*, kesadaran composmentis, GCS 456, keadaan umum lemah. Pada pengkajian B6 didapat kekuatan otot menurun, mengeluh lelah jika beraktivitas. Pada pengkajian pola istirahat dan tidur, pasien mengalami sulit tidur dimana tidur dalam sehari hanya 4 jam, sering terbangun dan terjaga serta tidak nyaman. .
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi Hemoglobin, pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas, Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, , dan ansietas b/d hospitalisasi.
3. Rencana tindakan keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan tersebut. Rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat tidak semua dapat dilaksanakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan menyesuaikan dengan kondisi pasien dan fasilitas yang menunjang.

4. Evaluasi dan analisis tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan Intoleransi Aktivitas teratasi, perfusi perifer teratasi sebagian, pola nafas tidak efektif teratasi sebagian, gangguan pola tidur teratasi sebagian dan ansietas teratasi.
5. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Tn.W.

5.2.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan institusi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP)

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Agar meningkatkan mutu pendidikan yang lebih berkualitas dan professional untuk menciptakan calon-calon perawat yang lebih professional, tanggung jawab, handal, ulet dan cerdas. Serta mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Anemia.

5.2.3 Bagi Perawat

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Anemia.

5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penulisan selanjutnya dan dilakukan penulisan lebih lanjut mengenai perawatan tranfusi darah pada pasien dengan Anemia.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhisti, A. P., & Puruhita, N. (2011). Hubungan Status Antropometri dan Asupan Gizi Dengan Kadar HB dan Ferritin Remaja Putri (Penelitian pada remaja putri pondok pesantren At-Taqwa Semarang). *FK Universitas Diponegoro*. Retrieved from <http://eprints.undip.ac.id/32867/1/Anyndya.pdf>
- Amalia, A., & Tjiptaningrum, A. (2016). *Diagnosis dan Tatalaksana Anemia Defisiensi Besi*. 5(5), 1–4.
- Anggi Irna Mantika. (2014). *Hubungan Asupan Energi, Protein, Zat Besi dan Aktivitas Fisik Dengan Kadar Hemoglobin Tenaga Kerja Wanita di Pabrik Pengolahan Rambut*.
- Baldy CM. (1992). “*Sel Darah Merah*” Dalam *Patofisiologi Jilid 1. Alih Bahasa : Dr.Peter Anugerah*. Jakarta: EGC.
- Carpenito, & Monyet. (2012). *Handbook Of Nursing Diagnosis* (Ed USA). Lippincot Williams & Wilkins Inc.
- Depkes, R. (2008). *Kita Bisa Lebih Berprestasi Tanpa Anemia*. Jakarta: Depkes RI.
- Goodenough, J. McGuire, B. (2012). *Biology of Humans, Concept, Application and Issue* (Fourth Edi). San Fransisco: Benjamin Cumings.
- Habibie, I. Y., Oktavia, F., & Ventiyarningsing, A. D. I. (2018). Asupan Vitamin C tidak Berhubungan Dengan Kadar Hemoglobin Pada Remaja Putri di SMA Negeri 5 Kota Malang. *Indonesian Journal of Human Nutrition*, 5, 113–124.
- Handayani, W., & Andi, S. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hestiantoro, D. (2008). *Masalah Gangguan Haid dan Infertilitas*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Kasiati, N., & Rosmalawati, N. W. D. (2016). *Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia* (Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan). Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- K Saladin. (2009). *Anatomy and Physiology: The Unity of Form, and Function* (5th Editio). New York: McGraw Hill Company.
- Khairina, D. (2008). *Faktor Faktor Penyebab Anemia*. FKMUI.
- Mader, S. (2004). *Understanding Human Anatomy and Physiology* (Fifth Edit). New York: The McGrawHill Company.
- Mader, S. S., & Windelspech, M. (2011). *Human Biology* (Twelept Ed). New York: The McGrawHill Company.
- Mariana, W., & Khafidhoh, N. (2013). Hubungan Status Gizi dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri di SMK Swadaya Wilayah Kerja Semarang Tahun 2013. *Jurnal Kebidanan*.
- Marilyn E Doenges. (2009). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan Dan Pendokumentasian Perawatan Pasien* (Edisi 3). Jakarta: EGC.
- Martini, F. H., Nath, J. L., & Bartholomew, E. F. (2012). *Fundamental Anatomy Physiology* (Ninth Edit). Boston: Benjamin Cumings.
- Masrizal. (2007). Anemia Defisiensi Besi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, (II), 140–145.
- Muttaqin, A. (2012). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Notoatmodjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Palawe, C. P., & Rotty, L. W. A. (2016). Hubungan Kadar Hemoglobin dengan Fungsi Kognitif, Kualitas Tidur dan Lama Rawat Inap Pasien Lanjut Usia di RSUP Prof. Dr. R.D Kandao. *E-Clinic(ECl)*, 4(1).
- Panjaitan, S. K. A. (2010). *Perumusan diagnosa keperawatan*.
- Permaesih, D., & Herman, S. (2005). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Anemia pada Remaja. *Puslitbang Gizi Dan Makanan*, 33(4), 162–171.
- PPNI. (2016). *STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Proverawati, A., & Asfuah, S. (2009). *Gizi untuk kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Saladin, K. (2009). *Anatomy and Physiology: The Unity of Form, and Function* (5th Editio). New York: McGraw Hill Company.
- Sastrawinata, S., & Et al. (2005). *Ilmu Kesehatan Reproduksi :Obstetri Patologi, Edisi 2*. Jakarta.
- Seeley, Stephent, & Tate. (2007). *Anatomy and Physiology* (Eight Edit). Boston: McGraw Hill Company.
- Sinulingga, S. B. (2009). *Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam Proses Keperawatan*.
- Stanley, E. G. (2009). *Anatomy & Physiology with Integrated Guide*. Boston: McGraw Hill Company.
- Sunita, A. (2010). *Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Supariasa, D. (2001). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Syaifudin. (2016). *Ilmu Biomedik Dasar*. Jakarta: Salemba Medika.
- Syairi, A. (2013). Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Tentang Self-Care (Perawatan Diri) Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di Rsu Kabupaten Tangerang. *UIN Syarif Hidayatullah Jakarta*, 1–106.
- WHO. (2015). *The Global Prevalence Of Anemia in 2011*. Geneva: World Health Organization.
- WHO [World Health Organization]. (2011). Haemoglobin Concentrations For The Diagnosis Of Anemia And Assesment Of Severity. *Vitamin and Mineral Nutrion Information System*, 11(1), 1–6. Retrieved from <https://doi.org/2011>
- Wijaya, & Putri. (2013). *KMB II Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yamin Tentri. (2012). *Hubungan pengetahuan, asupan, dan faktor yang berhubungan dengan kejadian Anemia Pada Remaja Putri di SMA Kabupaten Kepulauan Selayar*. Universitas Indonesia.

Lampiran 1

CURICULUM VITAE

Nama : Ni Putu Gita Wirani

Program Studi : Profesi Ners

Tempat Tanggal Lahir : Sembung Meranggi, 25 Pebruari 1998

Alamat : Br. Sembung Meranggi, Desa Sembung Gede,
Kecamatan Kerambitan, Kabupaten Tabanan, Bali

Agama : Hindu

Email : gitawiraniputu@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Santa Maria Imaculata Lulus Tahun 2004
2. SDN 1 Sembung Gede Lulus Tahun 2010
3. SMPN 2 Kerambitan Lulus Tahun 2013
4. SMK Bintang Persada Lulus Tahun 2016
5. STIKES Hang Tuah Surabaya Lulus Tahun 2020

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN**MOTTO**

“Tetap berfikir positif, lakukan yang bermanfaat dan jangan memaksa dirimu jadi apa yang orang lain mau”

PERSEMBAHAN

Karya Tulis ini saya persembahkan kepada :

1. Kepada Ida Sang Hyang Widhi Wasa, yang telah memberikan kemudahan, kelancaran, petunjuk sehingga saya mampu menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Kedua orangtua saya (I Wayan Wijasa dan Ani Yuliani) dan kakek nenek (I Made Sara dan Nengah Nyari) serta adik (I Kadek Wira Cahyana) yang tak pernah lelah untuk selalu mendoakan saya dengan tulus ikhlas, menemani dan memotivasi saya dalam menyelesaikan tugas akhir saya.
3. Para sahabat (Tacul, Nadia, Nelly, Nabel) yang selalu membantu dan memberikan motivasi serta doa dalam penyusunan tugas akhir ini. Teman satu angkatan Profesi Ners A11, susah senang selama bimbingan tugas akhir telah kita lalui dan akhirnya sampai juga pada tujuan kita bersama.
4. Dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu, terimakasih selalu mendoakan yang terbaik untukku, membantu dalam setiap langkah

Lampiran 3

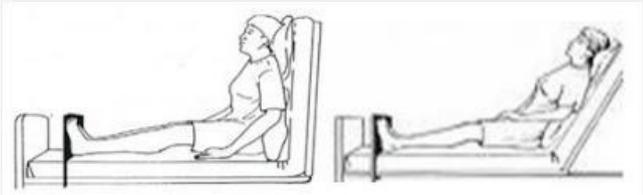
Standar Prosedur Operasional (SPO)**ROM (*Range Of Motion*)**

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL ROM (<i>Range Of Motion</i>) (Smith, 2009)
Pengertian	Latihan gerak aktif-pasif atau range of motion adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien 2. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik 2. Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> A. Tahap pra interaksi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan/indikasi pasien 2. Cuci tangan B. Tahap orientasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam, panggil klien dengan namanya 2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya C. Tahap kerja : Gerakan ROM: <ol style="list-style-type: none"> 1. Leher Tekuk kepala kebawah dan keatas lalu menoleh kesamping kanan dan kiri 2. Lengan/pundak Angkat tangan keatas lalu kembali kebawah, setelah itu kesamping dan kebawah lagi 3. Siku Dengan menekuk lengan, gerakkan lengan ke atas dan bawah 4. Pergelangan tangan Tekuk pergelangan tangan kedalam dan keluar lalu samping kanan dan kiri 5. Jari tangan Tekuk keempat jari tangan kearah dalam lalu regangkan kembali. Kepalkan seluruh jari lalu buka. Tekuk tiap jari satu persatu. 6. Lutut

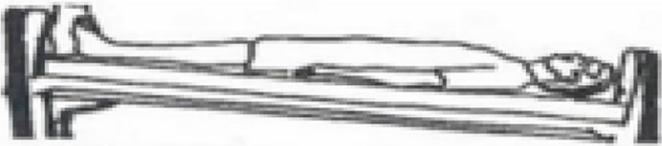
	<p>Angkat kaki keatas lalu lutut ditekuk kemudian diturunkan lagi. Gerakkan kaki kesamping kanan dan kiri lalu putar kearah dalam dan luar</p> <p>7. Pergelangan kaki Tekuk pergelangan kaki keatas lalu luruskan. Tekuk jari kaki keatas dan bawah.</p> <p>8. Jika mampu berdiri lakukan gerakkan badan membungkuk kemudian putar pinggang kesamping kanan dan kiri</p> <p>INGAT : tidak dipaksakan dalam latihan, lakukan seringan mungkin</p> <p>D. Tahap terminasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi hasil / respon klien b. Dokumentasikan hasilnya c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya d. Cuci tangan
Sikap Sikap Selama Pelaksanaan:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan body mechanism.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Respon verbal: klien mengatakan gerakan tidak sulit 3. Respon non verbal: klien tidak terlihat sulit untuk menggerakkan sisi tubuhnya yang kaku 4. Beri reinforcement positif 5. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 6. Mengakhiri kegiatan dengan baik

Lampiran 4

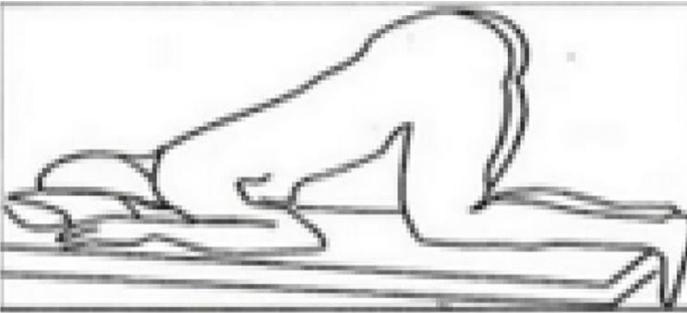
Standar Prosedur Operasional (SPO)**Pengaturan Posisi**

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Pengaturan Posisi (Kasiati & Rosmalawati, 2016)
Posisi Fowler/Semifowler	
Pengertian	Posisi fowler adalah posisi setengah duduk atau duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan. Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi. 2. Meningkatkan rasa nyaman 3. Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru 4. Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan 2. Pada pasien yang mengalami imobilisasi (tanpa kontraindikasi)
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam terapeutik (evaluasi validasi) 2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan dan manfaatnya 3. Dudukkan pasien 4. Berikan sandaran/bantal pada tempat tidur pasien atau atur tempat tidur untuk posisi semifowler (30-45 derajat) dan untuk fowler (90 derajat) 5. Anjurkan pasien untuk tetap berbaring setengah <div style="text-align: center;">  </div>
Sikap Sikap Selama Pelaksanaan:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan body mechanism.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Beri reinforcement positif 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik

Posisi Sims	
Pengertian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posisi sims adalah posisi miring kekanan atau miring kekiri. 2. Posisi ini dilakukan untuk memberi kenyamanan dan memberikan obat per anus (supositoria).
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan drainage dari mulut pasien dan mencegah aspirasi 2. Mengurangi penekanan pada tulang secrum dan trochanter mayor otot pinggang 3. Memasukkan obat supositoria 4. Mencegah dekubitus
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan pemeriksaan dan pengobatan daerah perineal 2. Pasien yang tidak sadarkan diri 3. Pasien paralisis 4. Pasien yang akan diendema/huknah 5. Untuk tidur pada wanita hamil
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam terapeutik (k/p Ev Val) 2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 3. Pasien dalam keadaan berbaring, kemudian miringkan ke kiri dengan posisi badan setengah telungkup dan kaki kiri lurus lutut. Paha kanan ditekuk diarahkan ke dada 4. Tangan kiri di atas kepala atau di belakang punggung dan tangan kanan di atas tempat tidur. 5. Bila pasien miring ke kanan dengan posisi badan setengah telungkup dan kaki kanan lurus, lutut dan paha kiri ditekuk diarahkan ke dada. 6. Tangan kanan di atas kepala atau di belakang punggung dan tangan kiri di atas tempat tidur. <div style="text-align: center;">  </div>
Sikap Sikap Selama Pelaksanaan:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan body mechanism
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Beri reinforcement positif 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik
Posisi Trendelenberg	

Pengertian	Pada posisi ini pasien berbaring di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah dari pada bagian kaki. Posisi ini dilakukan untuk melancarkan peredaran darah ke otak
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan pembedahan pada daerah perut. 2. Pasien shock. 3. Pasien hipotensi.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan pembedahan pada daerah perut 2. Pasien shock 3. Pasien hipotensi
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Pasien dalam keadaan telentang, letakkan bantal di antara kepala dan ujung tempat tidur pasien, dan berikan bantal di bawah lipatan lutut. 3. Berikan balok penopang pada bagian kaki tempat tidur atau atur tempat tidur khusus dengan meninggikan bagian kaki pasien. 
Sikap Sikap Selama Pelaksanaan:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan body mechanism
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Beri reinforcement positif 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik
Posisi Dorsal Recumbent	
Pengertian	Pada posisi ini pasien berbaring telentang dengan kedua lutut fleksi (ditarik atau diregangkan) di atas tempat tidur. Posisi ini dilakukan untuk merawat dan memeriksa serta pada proses persalinan.
Tujuan	Meningkatkan kenyamanan pasien, terutama dengan ketegangan punggung belakang.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan pemeriksaan pada bagian pelvic, vagina dan anus 2. Pasien dengan ketegangan punggung belakang.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Pasien dalam keadaan berbaring telentang, pakaian bawah dibuka 3. Tekuk lutut, renggangkan paha, telapak kaki menghadap

	<p>ke tempat tidur, dan renggangkan kedua kaki.</p> <p>4. Pasang selimut.</p> 
Sikap Sikap Selama Pelaksanaan:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan body mechanism
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Beri reinforcement positif 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik
Posisi lithotomi	
Pengertian	Pada posisi ini pasien berbaring telentang dengan mengangkat kedua kaki dan menariknya ke atas bagian perut. Posisi ini dilakukan untuk memeriksa genitalia pada proses persalinan, dan memasang alat kontrasepsi.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memudahkan pemeriksaan daerah rongga panggul, misal vagina,taucher, pemeriksaan rektum, dan sistoscopy 2. Memudahkan pelaksanaan proses persalinan, operasi ambeien, pemasangan alat intra uterine devices (IUD), dan lain-lain.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada pemeriksaan ginekologis 2. Untuk menegakkan diagnosa atau memberikan pengobatan terhadap penyakit pada uretra, rektum, vagina dan kandung kemih.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Pasien dalam keadaan berbaring telentang, kemudian angkat kedua pahanya dan tarik ke arah perut. 3. Tungkai bawah membentuk sudut 90 derajat terhadap paha 4. Letakkan bagian lutut/kaki pada tempat tidur khusus untuk posisi lithotomi. 5. Pasang selimut 

Sikap Sikap Selama Pelaksanaan:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan body mechanism
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Beri reinforcement positif 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik
Posisi Genu Pectoral	
Pengertian	Pada posisi ini pasien menungging dengan kedua kaki di tekuk dan dada menempel pada bagian alas tempat tidur. Posisi ini dilakukan untuk memeriksa daerah rektum dan sigmoid.
Tujuan	Memudahkan pemeriksaan daerah rektum, sigmoid, dan vagina.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien hemorrhoid 2. Pemeriksaan dan pengobatan daerah rectum, sigmoid dan vagina.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Anjurkan pasien untuk posisi menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada kasur tempat tidur. 3. Pasang selimut pada pasien. 
Sikap Sikap Selama Pelaksanaan:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 3. Bekerja dengan teliti. 4. Memperhatikan body mechanism
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Beri reinforcement positif 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik
Posisi Supinasi	
Pengertian	Posisi telentang dengan pasien menyandarkan punggungnya agar dasar tubuh sama dengan kesejajaran berdiri yang baik.

Tujuan	Meningkatkan kenyamanan pasien dan memfasilitasi penyembuhan terutama pada pasien pembedahan atau dalam proses anestesi tertentu.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan tindakan post anestesi atau pembedahan tertentu 2. Pasien dengan kondisi sangat lemah atau koma.
Pelaksanaan	
Sikap Sikap Selama Pelaksanaan:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah. 2. Menjamin Privacy pasien. 4. Bekerja dengan teliti. 5. Memperhatikan body mechanism
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan. 2. Beri reinforcement positif 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan dengan baik