# ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K DENGAN DIAGNOSA MEDIS ANEMIA + EFUSI PLEURA HARI KE 5 RUANG H1

**RUMKITAL Dr RAMELAN SURABAYA**



**OLEH: FARIZKY YOVIE N**

**NIM 182.0017**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA 2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K DENGAN DIAGNOSA MEDIS ANEMIA + EFUSI PLEURA HARI KE 5 DI RUANG H1**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis ini dianjurkan sebagai salah sat syarat Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh:** **FARIZKY YOVIE N**

**NIM 182.0017**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA 2021**

i

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku Di STIKES Hang Tuah Surabaya. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

# C:\Users\B4gus\Downloads\WhatsApp Image 2021-09-14 at 09.02.53.jpegSurabaya, 15 Juni 2021

**Farizky Yovie N Nim 182.0017**

ii

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

# Nama : FARIZKY YOVIE NEVRISETYA

**Nim : 182.0017**

**Program Studi : D-III Keperawatan**

**Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.K DENGAN DIAGNOSA MEDIS ANEMIA + EFUSI PLEURA HARI KE 5 DI RUANG H1 RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar

# AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd.Kep)

Surabaya, 15 Juni 2021

# Pembimbing

**Nuh Huda, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.MB NIP : 03.020**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal : 15 Juni 2021

iii

Karya Tulis Ilmiah dari:

# Nama : Farizky Yovie Nevrisetya Nim : 182.0017

**Program Studi : D-III Keperawatan**

**Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn.K dengan diagnosa medis Anemia + Efusi Pleura Hari ke 5 di Ruang H1 Rumkital Dr.**

**Ramelan Surabaya**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal : Selasa, 15 Juni 2021

Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan Lulus dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

**(. ..................................)**

**(. ..................................)**

**(. ..................................)**

# Penguji I : Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc

**NIP.03.006**

**Penguji II : Dini Mei.,S.Kep.,Ns.,M.Kep** **NIP.03.011**

**Penguji III : Nuh Huda, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.MB**

**NIP.03.020**

**Mengetahui,**

**Stikes HangTuah Surabaya Ka Prodi D-III Keperawatan**

**Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes Nip. 03. 007**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal : 15 Juni 2021

iv

“ KEGAGALAN ADALAH PROSES DARI AWAL KESUKSESAN “

Saya ucapkan terimakasih kepada:

1. Allah SWT telah memberikan Hamba Kesehatan dan Rezeki yang berlimpah, atas nikmat yang kau beri hingga saat ini saya mampu menyelesaikanKarya Tulis Ilmiah ini dengan Sehat Waalfiat.

2. apak (Sumariyono) & Ibu (Suparmi) yang telah membesarkan ku dan memberikan yang terbaik kepada putramu.

1. Kepada bapak Sulistiyono. S.Kep., Ns selaku CI Lahan yang telah meleuangkan waktuuntuk membeimbing dan mengarahkan hingga tersusunya karya tulis ini.
2. Kepada para Dosen yang telah membimbing dan mengarahkan hinggasejauh ini.
3. Kepada Teman-teman saya yang turut membantu dan memotivasi saya dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
4. Kepada pasien dan keluarga pasien yang sudah kooperatif selamapengkajian .



v

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan limpa rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah diberikan.

Karya Tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagaipihak, yang telah dengan ikhlas membantu menyusun karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan pratik untuk menyusun karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah.
2. Dr. Av. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah.
3. Ibu Dya Sustrami, S. Kep., Ns, M. Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

vi

1. Nuh Huda, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.MB selaku penguji III dan pembimbing , yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga , pikiran serta perhatian dalam memberikandorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
2. Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc selaku penguji I, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
3. Dini Mei,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu Nadia Okhtiary, A.md selaku kepala Perpustakaan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan karya ilmiah ini
5. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan ilmu dan moral bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
6. Sahabat-sahabat seperjuangan dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

vii

1. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

# Surabaya, 15 Juni 2021

**Penulis,**

viii

# DAFTAR ISI

[KARYA TULIS ILMIAH 1](#_bookmark0)

[SURAT PERNYATAAN ii](#_bookmark1)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_bookmark2)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_bookmark3)

[MOTTO & PERSEMBAHAN v](#_bookmark4)

[KATA PENGANTAR vi](#_bookmark5)

[DAFTAR ISI ix](#_bookmark6)

[DAFTAR TABEL xi](#_bookmark7)

[DAFTAR GAMBAR xii](#_bookmark8)

[DAFTAR SINGKATAN xiii](#_bookmark9)

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_bookmark10)

* 1. [Latar Belakang 1](#_bookmark11)
	2. [Rumusan Masalah 3](#_bookmark12)
	3. [Tujuan Penelitan 3](#_bookmark13)
	4. [Manfaat Penulisan 4](#_bookmark14)
	5. [Metode Penulisan 5](#_bookmark15)
	6. [Sistem Penulisan 6](#_bookmark16)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 7](#_bookmark17)

* 1. [Anatomi Fisiologi 7](#_bookmark18)
	2. [Konsep Penyakit Anemia 11](#_bookmark19)
	3. [Konsep Penyakit Efusi Pleura 18](#_bookmark20)
	4. [Asuhan Keperawatan 22](#_bookmark21)
	5. [Asuhan Keperawatan](#_bookmark22) 29
	6. [Tindakan Keperawatan dan Evaluasi (SOAP) 3](#_bookmark23)2

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 3](#_bookmark24)5

* 1. [Pengkajian 3](#_bookmark25)5
	2. [Analisa Data 4](#_bookmark26)7
	3. [Prioritas Masalah](#_bookmark27) 49
	4. [Rencana Keperawatan 5](#_bookmark28)0
	5. [Implementasi dan Evaluasi 5](#_bookmark29)4

ix

* 1. [Evaluasi Sumatif 6](#_bookmark30)6

[BAB 4 PEMBAHASAN](#_bookmark31) 68

* 1. [Pengkajian](#_bookmark32) 68
	2. [Diagnosis Keperawatan](#_bookmark33) 70
	3. [Perencanaan](#_bookmark34) 70
	4. [Pelaksanaan](#_bookmark35) 72
	5. [Evaluasi](#_bookmark36) 73

[BAB 5 PENUTUP 7](#_bookmark37)5

* 1. [Kesimpulan 7](#_bookmark38)5
	2. [Saran](#_bookmark39) 78

[DAFTAR PUSTAKA](#_bookmark40) 80

SPO (STANDART PROSEDUR OPERASIONAL). 81

x

Tabel 2.1 Kriteria dalam menentukan Anemia 12

Tabel 3.2 Kemampuan Perawatan diri Tn. K 42

Tabel 3.3 Laboratorium Tn. K 43

Tabel 3.4 Terapi Obat Tn. K 45

Tabel 3.5 Analisa Data 47

Tabel 3.6 Prioritas masalah 49

Tabel 3.7 Rencana Keperawatan 50

Tabel 3.8 Implementasi dan Evaluasi 53

Tabel 3.9 Evaluasi Sumatif 65

xi

Gambar 2.1 Anatomi Sel Darah 8

Gambar 2.2 Kandungan dalam Darah 11

Gambar 3.1 Genogram Tn. K 37

Gambar 3.2 Hasil Foto Thorax Tn. K 45

Gambar 3.3 Hasil ECG Tn. K 45

xii

# DAFTAR SINGKATAN

BAK : Buang Air Kecil BAB : Buang Air Besar Hb : Hemoglobin

pH : Potensial Hidrogen Cu : Cuprum

Zn : Zink HbE : Hepalisa

RNA : Ribonucleic Acid

DNA : Desoxyribonucleidcacid CBC : Complete Blood Count PCR : Polymerase Chain Reaction S : Suhu

N : Nadi

TD : Tekanan Darah

SPO : Saturasi Oksigen Perfifer Kaplier DM : Diabetus millitus

NGT :Nasogastrik Tube CRT : Capillary Refil Time

EWS : Early Warning System DL : Darah Lengkap

GCS : Glasgow Coma Scale TB : Tinggi Badan

BB : Berat Badan

MRS : Masuk Rumah Sakit ROM : Range Of Motion

SMRS : Sebelum Masuk Rumah Sakit ECG : Electrocardiogram

DS : Data Subjektif

xiii

Rumkital : Rumah Sakit Angkatan Laut DO : Data Objektif

BHSP : Bina Hubungan Saling Percaya

xiv

# BAB 1 PENDAHULUAN

2

# Latar Belakang

Anemia adalah salah satu penyakit yang mengalami kelainan di sel darah yang menyebabkan terjadinya perfusi jaringan tidak efektif dan keletihan pada kasus Anemia yang ditemukan oleh penulis saat dilapanganbahwa tanda dan gejala badan lemas, pusing, mata berkunang-kunang.(Nuraeni et al., 2019) Dengan keadaan tersebut penulis melakukan pengkajian bahwa anemia dapat menyebabkan terjadinya inteloransi aktivitas akibat kelemahan yang dialami pada klien dengan diagnosa medis anemia.(*SDKI*, 2017) Keadaan ini dimana masa eritrosit atau masa hemoglobin yang beredar di dalam tubuh tidak memenuhi fungsinya untuk menyediakan oksigen bagi seluruh tubuh ke jaringan tubuh (Nuraeni et al., 2019)

Di Amerika Serikat, orang yang mengalami anemia sebanyak 2% sampai dengan 10%. Negara- negara lain memiliki tingkat anemia yang lebih tinggi. Pada jenis kelamin perempuan muda bisa terserang anemia lebih banyak kemungkinan dari pada jenis kelamin laki-laki muda, karena perempuan mengalami menstruasi yang teratur, tetapi anemia pada orang tua lebih mungkin menyebabkan gejala karena mereka biasanya memiliki masalah medis tambahan (Proverawati, 2011). Bedasarkan data dari WHO (2011), dua miliar penduduk dunia mengidap anemia defisiensi besi zat besi. Sekitar 50% kasus anemia diakibatkan karena defisiensi zat besi. Anemia defisiensi zat besi merupakan suatu kondisi ketika kadar hemoglobin (Hb) dalam darah tergolong rendah. Menurut hasil penilitian yang telah dilakukan oleh WHO (2015) menyatakan bahwa prevalensi anemia sebesar 29%. Pravelensi anemia mencapai 41,5 % di negara berkembang. Indonesia merupakan salah satu negara berkembang, prevalensi anemia pada remaja putri di Indonesia menurut WHO sebesar 37% lebih tinggi dari prevalensi anemia di dunia. Jawa Timur memiliki angka kejadian anemia sebesar 51,7% .

1

Menurutkan Survei Kesehatan Rumah Tangga (2012) menyatakan bahwa pravelensi anemia pada balita sebesar 40,5%, ibu hamil sebesar 50,5%, ibu nifas sebesar 45,1%, (Nuraeni et al., 2019). Sedangkan untuk di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya khususnya di ruang H1 prevalensi pasien dengan anemia data perbulan Januari 2019 sampai Januari 2020 pasien laki-laki sebesar 86 (Rekam medis RSPAL 2020).

Penyebab penyakit anemia ini dikarenakan sel sel darah merah yang sehat bertahan antara 90-120 hari. Bagian tubuh kemudian akan menghapus sel-sel darah yang tua. Orang dengan anemia tidak memiliki cukup hemoglobin. Hemoglobin adalah protein pembawa oksigen dalam sel darah merah. Hb menurun yang kemudian menyebabkan pengurangan aliran darah dan komponennya ke organ tubuh yang kurang vital, penambahan aliran darah ke otak dan jantung akhirnya pengiriman oksigen dan nutrient ke sel berkurang yang mengakibatkan terjadi perubahan perfusi jaringan dan intoleransi aktivitas. (Nuraeni et al., 2019)

Sebagai perawat dan tenaga kesehatan mempunyai peran penting dalam pemberian pendidikan dan pelayanan kesehatan dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative mencegah timbulnya komplikasi yang lebih lanjut. Peran dalam pemberian secara promotif misalnya memberikan informasi dan menjelaskan tentang penyakit anemia, pemberian seacara preventif misalnya menyarankan pasien untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin B12 yang baik untuk pembentukan hemoglobin (makanan daging merah, bayam, telur), pemberian secara kuratif misalnya agar klien memeriksakan segera saat mengalami keluhan yang dirasakan pemeriksaan ke pelayanan kesehatan terdekat seperti (puskesmas atau rumah sakit), pemberian secara rehabilitative ketika klien sudah dinyatakan kadar Hb

membaik disarankan untuk kontrol rutin pada waktu yang sudah ditentukan oleh petugas kesehatan untuk mengevaluasi perkembangan dari klien. Bedasarkan penjelasan uraian diatas diperlukan untuk meneliti terkait dengan Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. K dengan diagnosa medis Anemia + Efusi Pleura hari ke 5 di Ruang H1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

# Rumusan Masalah

Untuk mengetahui kelanjutan dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Anemia dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Anemia + Efusi Pleura hari ke 5 di Ruang H1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya”

# Tujuan Penelitan

Dengan melakukan penelitian mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. K dengan Diagnosa Medis Anemia + Efusi Pleura Hari ke 5 di Ruang H1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

# Tujuan Umum

Mahasiswa dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. K dengan diagnosa medis Anemia + Efusi Pleura Hari ke 5 di Ruang H1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

# Tujuan Khusus

* + - 1. Mengidentifikasi hasil dari pengkajian klien dengan diagnosa medis Anemia + Efusi Pleura di ruang H1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
			2. Merumuskan diagnosa pada klien dengan diagnosa medis Anemia + Efusi Pleura di Ruang H1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
			3. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Anemia + Efusi Pleura di Ruang H1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
			4. Melaksanakan tindakan perawatan pada klien dengan diagnosa medis Anemia

+ Efusi Pleura di Ruang H1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

* + - 1. Mengevaluasi klien dengan diagnosa medis Anemia + Efusi Pleura di Ruang H1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
			2. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Anemia + Efusi Pleura di Ruang H1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

# Manfaat Penulisan

Terkait dengan tujuan dari penulis, maka tugas akhir ini diselesaikan dan diharapkan dapat memberi manfaat bagi:

1. Akademik

Hasil karya tulis ilmial ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien Anemia

1. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:
	1. Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien Anemia dengan baik.

* 1. Bagi peneliti

Hasil peneliti ini dapat menjadi salah satu tujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien Anemia

* 1. Bagi profesi kesehatan

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

# Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan asuhan keperawatan dengan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. K pada tanggal 03 Mei 2021 yang meliputi studi kepustakaan, yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah- langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Teknik Pengumpulan Data
	1. Wawancara

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

* 1. Observasi

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

* 1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1. Sumber Data
	1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien

* 1. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

# Sistem Penulisan

Agar lebih mudah dalam memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab berdiri dari subbab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan, latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Anemia, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5 : Penutup berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

# BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan Anemia + Efusi Pleura. Konsep penyakit akan diuraikan dalam definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada Anemia + Efusi Pleura dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri pengkajian, diagnosa, perencaan, pelaksanaan dan evaluasi.

# Anatomi Fisiologi

* + 1. **Anatomi Sel darah Merah**

Darah merupakan suatu jaringan tubuh yang berada di dalam pembuluh darah yang berwarna merah. Warna merah itu keadaannya tidak tetap tergantung dari banyaknya kadar oksigen dan karbondioksida didalamnya. Adanya oksigen dalam darah diambil dengan jalan bernafas dan zat ini sangat berguna pada peristiwa pembakaran atau metabolisme di dalam tubuh. Karakteristik fisik di dalam darah meliputi, (Handayani, 2008).:

1. Viskositas atau kekentalan darah 4,5 - 5,5
2. Temperature 38 C

3. pH 7,37 -7 ,45

1. salinitasi 0,9%
2. Berat 8% dari berat badan
3. Volume 5 – 6 liter (pria) , 4-5 liter (wanita)

7



# Gambar 2.1 Anatomi Sel Darah

(Wijaya & Putri, 2013)

Dalam pembentukan darah memerlukan bahan-bahan seperti vitamin B12, asam folat, zat besi, cobalt, magnesium, tembaga (Cu), senk (Zn), asam amino, vitamin C dan B kompleks. Kekurangan salah satu unsure atau bahan pembentukan sel darah merah mengakibatkan penurunan produksi atau anemia.

Hemoglobin yang dilepaskan dari sel sewaktu sel darah merah pecah, akan segara difagosit oleh sel-sel makrofag di hampir seluruh tubuh, terutama di hati (sel- sel kupffer), limpa dan sumsum tulang. Selama beberapa jam atau beberapa hari sesudahnya, makrofag akan melepas besi yang didapat dari hemoglobin, yang masuk kembali ke darah dan diangkut oleh transferin menuju sumsum tulang untuk membentuk sel darah merah baru atau menuju hati dari jaringan lain untuk disimpan dalam bentuk faritin. Bagaian porfirin dari molekul hemoglobin diubah sel-sel makrofag menjadi bilirubin yang disekresikan hati ke dalam empedu (Wijaya & Putri, 2013).

Pada keadaan normal disintetis hemoglobin A (adult : A1) yang terdiri dari 2 rantai alfa dan dua rantai beta. Kadarnya mencapai lebih kurang 95% dari seluruh hemoglobin. Sisanya terdiri dari Hemoglobin A2 yang mempunyai 2 rantai alfa dari 2

rantai delta sedangkan kadarnya tidak lebih dari 2% pada keadaan normal. Haemoglobin F (foetal) setelah lahir Foetus senantiasa menurun dan pada usia 6 bulan mencapai kadar seperti orang dewasa, yaitu tidak lebih dari 4%, pada keadaan normal hemoglobin F terdiri dari 2 rantai alfa dan 2 rantai gamma (Wijaya & Putri, 2013).

# Fisiologi Sel Darah Merah

Darah selamanya akan beredar di dalam tubuh oleh karena adanya atau pompa jantung. Selama darah masih berada didalam pembuluh makan konsistensinya akan selalu encer, tetapi kalau keluar dari pembuluhnya maka darah akan menjadi beku. Pembekuan ini dapat dicegah dengan jalan mencampurkan kedalam darah tersebut sedikit obat anti pembekuan atau sitras natrikus (Wijaya & Putri, 2013).

Fungsi Darah:

1. Sebagai alat pengangkut, yaitu:
2. Mengambil oksigen atau zat pembakaran dari paru-paru untuk diedarkan ke seluruh jaringan tubuh.
3. Mangangkat karbondioksida dari jaringan untuk dikeluarkan melalui paru- paru.
4. Mengambil zat-zat makanan dari usus halus untuk diedarkan dan dibagikan ke seluruh jaringan atau alat tubuh.
5. Sebagai pertahanan tubuh terhadap serangan penyakit dan racun dalam tubuh dengan leukosit dan antibody untuk mempertahankan tubuh terhadap invasi mikrooganisme dan benda asing (leukosit) dan proses homeostatis (trombosit).
6. Sebagai pengatur regulasi yaitu:
7. Mempertahankan pH dan konsentrasi elektrolit pada cairan interstitial melalui pertukaran ion-ion dan molekul pada cairan interstitial.
8. Darah mengatur suhu tubuh melalui transport panas menuju kulit dan paru- paru (Wijaya & Putri, 2013).

Tempat pembentukan Sel Darah (hemopoiesis) terjadi pada awal masa embrional, sebagaian besar pada hati dan sebagian kecil pada limpa, adari kehidupan fetus hingga bayi dilahirkan pembentukan sel darah merah berlangsung dalam 3 tahap, yang peratama pembentukan di saccus vitellinus, yang kedua pembentukan di hati,kelenjar limfe dan limpa, pembentukan tulang belakang. Lalu pembentukan sel darah mulai terjadi pada sumsum tulang setelah minggu ke-20 masa embrionik, dengan bertambahnya usia janin maka produksi sel darah semakin banyak terjadi pada sumsum tulang dan peranan hati dan limpa semakin berkurang. Sesudah lahir semua sel darah dibuat pada sumsum tulang, kecuali limfosit yang juga dibentuk dikelenjar limfe,tymus dan lien. Setelah 20 tahun, sel darah akan diproduksi terutama pada tulang belakang, sternum , tulang iga dan ileum. 75% sel pada sumsum tulang menghasilkan sel darah putih (leukosit) dan hanya 25% menghasilkan eritrosit.

Komposisi darah terdiri dari:

1. Darah terdiri dari plasma dan sel-sel darah
2. Plasma terdiri dari air, protein, dan bahan-bahan non protein
3. Plasma protein terdiri dari albumin (55%), globulin, fibrinogen (7%)
4. Sel-sel darah terdiri dari eritrosit, leukosit, dan trombosit. Dimana leukosit terbagi 2 yaitu granulosit: netrofil, eosinofil, dan basofil. Serta agranulosit: limfosit dan monosit (Wijaya & Putri, 2013).



# Gambar 2.2 Kandungan dalam Darah

Sumber: (Wijaya & Putri, 2013)/

# Konsep Anemia

* + 1. **Pengertian Anemia**

Anemia adalah kondisi yang terjadi karena konsentrasi hemoglobin didalam darah kurang dari dalam batas normal, anemia terjadi karena jumlah eritrosit yang kurang dari normal di dalam sirkulasi darah dalam tubuh. Akibatnya jumlah oksigen didalam tubuh yang disalurkan ke jaringan tubuh juga akan berkurang. Anemia bukan merupakan kondisi suatu penyakit khusus tetapi suatu cerminan keadaan suatu penyakit (gangguan). Sejauh ini anemia adalah kondisi dari hematologi yang sering terjadi. Anemia yang terjadi tidak hanya menjadi satu klasifikasi tetapi terdapat beberapa jenis anemia. Pendekatan fisiologi membuat klasifikasi bahwa anemia yang tergolong disesuaikan dengan penyebab defisiensi eritrosit, lalu disebabkan oleh adanya cacat produksi (anemia hipoprolifeferatif), yang disebabkan oleh destruksi/penghancuran (anemia hemolitik), terjadi krena kehilangan (perdaharan) (Smeltzer, 2013).

Batasan umum yang digunakan untuk batasan kriteria WHO pada tahun 1968, dalam kriteria dinyatakan bahwa terjadi anemia apabila terdapat nilai dengan kriteria sebagai berikut:

# Tabel 2.1 Kriteria dalam menentukan Anemia dalam kelompok tertentu

(Wijaya & Putri, 2013)

|  |  |
| --- | --- |
| Kelompok tertentu | Kadar Hb |
| Laki laki dewasaPeremuan dewasa tidak hamil Perempuan hamilAnak usia 6-14 tahun Anak usia 6 bulan 6 tahun | Hb ˂ 13 gr/dL Hb ˂ 12 gr/dL Hb ˂ 11 gr/dL Hb ˂ 12 gr/dL Hb ˂ 11 gr/dL |

Dalam kriteria di klinik, rumah sakit atau praktek klinik pada umumnya dinyatakan bahwa anemia apanila terdapat nilai sebagai berikut (Wijaya & Putri, 2013):

1. Hb < 10 gr/dl
2. Hematrokrit < 30%
3. Eritrosit < 2,8 juta/mm³

Klasifikasi derajat anemia yang umunya dipakai yang ditentukan oleh kadar Hb sebagai berikut (Wijaya & Putri, 2013):

1. Ringan sekali Hb 10 gr/dl – 13 gr/dl
2. Ringan Hb 8 gr/dl – 9,9 gr/dl
3. Sedang Hb 6 gr/dl – 7,9 gr/dl
4. Berat Hb < 6 gr/dl (Handayani, 2008)

# Etiologi

Penyebab terjadinya anemia tidak hanya satu penyebab atau beberapa penyebab tetapi penyebab dari anema digolongkan sesuai dengn jenis dari anemia yang terjadi di dalam tubuh penderita, berikut jenis anemia sesuai dengan penyebabnya (Wijaya & Putri, 2013):

1. Anemia pasca perdarahan, Kondisi ini terjadi akibat adanya perdarahan yang masif seperti terjadinya kecelakaan, operasi dan persalinan. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya anemia.
2. Anemia defisiensi, Kondisi ini terjadi karena kekurangan bahan baku pembuat sel darah merah.
3. Anemia hemolitik, Hal ini terjadi karena adanya penghancuran (hemolisis) eritrosit yang berlebihan karena adanya faktor:
	1. Faktor intrasel, faktor ini dipengaruhi adanya kelainan pada organ misalnya talasemia, hemoglobnopatia (talasemia HbE, sickle cell anemia), sferositas, defiseiensi enzim eritrosit (G-6PD, piruvatkinase, glutation reduktase).
	2. Faktor eksternal, faktor ini terjadi karena adanya intoksikasi, infeksi (malaria), imunologis (inkompatibilitas golongan darah, reaksi hemolitik pada tranfusi darah).
4. Anemia aplastik

Terjadinya anemia aplastik ini disebabkan oleh terhentinya/tidak berfungsinya pembuatan sel darah sumsum tulang (kerusakan sumsum tulang).

# Patofisiologi

Munculnya anemia merupakan cerminan bahwa adanya kegagalan pada sumsum atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan atau keduanya. Kegagalan yang terjadi pada sumsum tulang akibat dari kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor atau lebih banyak akibat dari penyababnya belum/tidak diketahui. Sel darah merah didalam tubuh dapat hilang melalui adanya perdarahan atau hemplisis (destruksi), kondisi ini bisa berakibat defek sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah yang dapat menyebabkan adanya destruksi sel darah merah.

Kerusakan sel darah merah (disolusi) akan terjadi terutama dalam sel fagositik atau dalam sistem retikuloendotelial, terutama pada organ hati dan limpa. Hasil dari proses ini akan menyebabkan bilirubin yang akan masuk ke dalam aliran darah. Setiap kenaikan destruksi sel dalam darah merah (hemolisis) segera direflesikan dengan adanya peningkatan bilirubin plasma (konsentrasi normal adalah ≤ 1 mg/ dl, kadar diatas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sclera). Apabila adanya sel darah merah yang mengalami penghancuran dalam sirkulasi (pada kelainan hemplitik) maka akan terjadinya hemoglobin muncul dalam plasma (protein pengikat untuk hemoglobin bebas) untuk mengikat semuanya, hemoglobin akan berdifusi didalam glomerulus ginjal dan kedalam urin (homoglobinuria).

Kekurangan asam folat juga bisa mengakibatkan anemia (anemia megaloblastik) karena asam folat adalah bahan esensial untuk sintesis DNA *(Desoxyribonucleicacid)* dan RNA *(Ribonucleidacid)*, unsur yang penting dalam tubuh untuk metabolisme inti sel dan pematangan sel dalam tubuh (Wijaya & Putri, 2013).

# Manifestasi Klinis

Sistem organ yang diserang oleh anemia, maka anemia dapat menimbulkan manifestasi klinis yang luas tergantung pada kecepatan timbulnya terjadinya anemia karena usia, mekanisme kompensasi, tingkat aktivitasnya, keadaan penyakit yang mendasari dan tingkat anemia. Secara umum ada beberapa gejala anemia:

1. Hb menurun ( < 10 g/ dl), trombositosis / trombositopenia, pansitopenia.
2. Penurunan BB, kelemahan.
3. Takikardia, TD menurun, ekstremitas dingin, palpitasi, kulit pucat.
4. Mudah lelah: sering istirahat, nafas pendek.
5. Sakit kepala, pusing, mata berkunang- kunang.

Selain dari gejala umum itu sendiri, ada beberapa faktor juga yang dapat mempengaruhi perkembangan gejala yang terkait dengan anemia: kecepatan terbentuknya anemia, durasi anemia (yaitu konsentrasinya), kebutuhan metabolik pasien, penyakit lain atau disabilitas yang menyertai dari anemia (misal, penyakit jantung atau paru) dan komplikasi atau manifestasi kondisi penyerta yang menimbulkan anemia. Biasanya terjadi bila semakin cepat anemia terbentuk akan semakin berat gejala dari anemia, gejala anemia yang paling menonjol dari anemia mencakup:

* 1. Dispnea, nyeri dada, nyeri otot atau kram, takikardi.
	2. Kelemahan, keletihan, malise umum.
	3. Pucat pada kulit dan membran mukosa (konjungtiva, mukosa oral).
	4. Ikterik (anemia megaloblastik atau hemolitik).
	5. Lidah halus dan berwarna merah (anemia defisiensi besi).
	6. Lidah luka seperti daging merah (anemia megaloblastik).
	7. Keilosis angular (ulserasi pada tepi/sudut mulut).
	8. Kuku rapuh, melengkung/melembung, berbentuk cekung dan pika (secara tidak lazim lapar tepung, tanah es) pada pasien anemia defisiensi besi. (Smeltzer, 2013)

# Pemeriksaan Diagnostik

Selain pemeriksaan fisik, anemia biasanya terdeteksi atau setidaknya bisa dikonfirmasi dengan spesifik dengan adanya pemeriksaan lainnya:

1. Tes Laboratorium untuk anemia dapat mencakup berikut:
	1. Hitung darah lengkap (CBC), Untuk menentukan tingkat dari keparahan dan jenis anemia (anemia mikrositik atau kecil ukuran sel darah merah, anemia normositik atau normal ukuran sel darah merah, atau anemia makrositik atau berukuran besar sel darah merah).
	2. Tes Hemoglobin pada feses, Tes yang dilakukan ini untuk mengetahui darah di dalam tinja yang dapat mendeteksi pendarahan dari perut atau usus (tinja guaiac penguji atau tes darah tersembunyi tinja).
	3. Pemeriksaan darah tepi, Pemeriksaan ini akan tampak pada sel-sel darah merah di bawah mikroskop untuk menentukan adanya ukuran, bentuk, jumlah dan warna serta menilai se-sel lain di dalam darah.
	4. Kadar Besi, Kadar zat besi dalam darah dapat menunjukkan apakah mungkin terkait bahwa anemia kekurangan zat besi atau tidak.
	5. Kadar transferrin, Cek ini untuk mengevaluasi protein yang membawa zat besi ke seluruh tubuh.
	6. Feritin, Tes yang dilakukan untuk mengevaluasi kadar zat besi total yang tersedia dalam tubuh.
	7. Asam folat, Hal ini perl diperhatikan karena vitamin yang diperlukan untuk menghasilkan sel darah merah, bila mana hasil dari asam folat ini rendah bisanya pada orang yang dengan kebiasaan makan yang buruk (Proverawati, 2011).
2. Pemeriksaan Lain

Pemeriksaan lain mungkin dilakukan untuk mengidentifikasi adanya masalah medis dan ada beberapa kasus anemia diperlukan untuk pemeriksaan penunjang lain yaitu:

* 1. Biopsi kelenjar yang dilanjutkan dengan pemeriksaan histopatologi.
	2. Radiologi: Torak, *bone srvey*, USG, limfangiografi.
	3. Pemeriksaan sitogenik.
	4. Pemeriksaan biologi molekuler (PCR= *polymerase chain reaction*, FISH= *florescence in situ hybrydization*) 1 bag PRC dapat meningkatkan 1-2 gr/dl hemoglobin (Handayani, 2008).

# Penatalaksaan

Pelaksanaan terapi anemia pada pasien perlu diperhatikan prinsip-prinsip yang harus di tegakkan yaitu:

1. Terapi spesifik sebaiknya diberikan setelah diagnosis ditegakkan
2. Terapi diberikan atas indikasi yang jelas, rasional, efisien.

Jenis-jenis terapi yang dapat diberikan adalah:

1. Terapi gawat darurat, Pada penderita yang terkena anemia akan lebih cepat terjadinya payah jantung atau ancaman payah jantung, maka harus segera diberikan terapi darurat dengan tranfusi sel darah merah yang dimampatkan (PRC) untuk mencegah terjadinya payah jantung.
2. Terapi khas untuk masing-masing anemia, Terapi yang diberikan pada jenis ini misalnya prepat besi untuk anemia defiensi besi.
3. Terapi kausal, Terapi ini untuk mengobati penyakit dasar yang menyebabkan anemia. Misalnya, anemia defisiensi besi yang disebabkan oleh infeksi cacing tambang harus diberikan obat anti-cacing tambang.
4. Terapi ex-juvantivus (empiris), Terapi yang diberikan terpaksa sebelum diagnosis dapat dipastikan jika terapi ini berhasil berari diagnosis dapat dikuatkan. Terapi ini dilakukan jika tidak tersedia fasilitas diagnosis yang mencukupi. Pada pemberian terapi jenis in penderita harus diawasi dengan ketat, jika terdapat respon

yang baik terapi bisa diteruskan, tetapi jika tidak terdapat respon, maka harus dilakukan evaluasi kembali (Handayani, 2008).

# Komplikasi

Komplikasi yang bisa terjadi jika anemia yang jangka panjang dan tidak dilakukan tindakan medis antara lain: (Wijaya & Putri, 2013).

1. Perkembangan otot buruk
2. Daya konsentrasi menurun
3. Hasil uji perkembangan menurun
4. Kemampuan mengola informasi yng didengar menurun
5. Sepis
6. Sensitisai terhadap antigen donor yangbereaksi silang menyebabkan perdarahanyang tidak terkendali
7. Cangkokan vs penyakit hospes (timbul setelah pencangkokan sum-sum tulang)
8. Leukimia mielogen akut

# Konsep Penyakit Efusi Pleura

* + 1. **Definisi Efusi Pleura**

Efusi pleura adalah pemumpukan cairan yang berada di dalam rongga pleura , proses penyakit primer yang jarang terjadi namun biasanya terjadi sekunder akibat dari penyakit lain. Efusi dalam pleura dapat berupa darah atau pus. Ruang pleura mengandung sejumlah kecil cairan ± 5-15 ml yang berfungsi sebagai pelumas yang memungkinkan permukaan pleura bergerak tanpa adanya friksi (Padila, 2012).

# Etiologi

Penyebab terjadinya efusi dirongga pleura ada beberapa faktor yaitu:

1. Adanya hambatan resorbsi cairan dari rongga pleura karena adanya bendungan seperti pada dekompensasi kordis, penyakit ginjal, tumor mediatium, sindroma meig (tumor ovarium) dan sindroma vena kava superior.
2. Pembentukan cairan yang berlebihan karena adanya radang (tuberculosis, pneumonia, virus), bronkiektasis, abses ambua, subfrenik yang menembus ke ronggga pleura, karena tumor dimana masuk cairan berdarah dan karena trauma. Di Indonesia 80% karena tuberculosis (Padila, 2012).

Kelebihan cairan di rongga pleura dapat berkumbul pada adanya proses penyakit yaitu neoplastik, tromboembolik, kardiovaskuler dan infeksi, ini disebabkan adanya sedikitnya satu dari empat mekanisme dasar yaitu adanya peningkatan tekanan kapiler subpleura atau limfatik, adanya penurunan tekanan osmotic koloid darah, peningkatan tekanan negative intrapleural, adanya inflamasi atau neoplastik pleura (Padila, 2012).

# Patofisiologi

Ruang pleura merupakan ruang yang potensial yang memiliki lebar 10 hingga 24 mm yang dibatasi oleh pleura parietal dan viseral. Pleura parietal menyelimuti seluruh aspek dalam dari dinding dada dan diafragma sedangkan pleura viseral melekat kuat pada permukaan paru dan fisura interlobar (Pedoman Diagnosa dan Terapi Baf/Smf. Ilmu Bedah, 2010).

Ruang pleural ini mengandung cairan yang melumasi permukaan pleura dan memungkinkannya untuk bergerak secara halus satu dengan yang lain. Cairang memasuki ruang pleura melalui beberapa cara yaitu; dari kapiler pleura parietal, melalui ruang interstitial paru dalam pleura viseral dan dari kavitas peritoneal melalui lubang kecil pada diafragma. Caira berpindah dari ruang pleura melalui kapiler dalam

pleura parietal atau lifatik, misal duktus torasikus. Sekitar satu liter cairan dapat berpindah melalui ruang pleura dalam 24 jam (Pedoman Diagnosa dan Terapi Baf/Smf. Ilmu Bedah, 2010).

Efusi pleura atau akumulasi cairan ini timbul bila ada filtrasi yang melebihi mekanisme pengeluaran, dengan kata lain kelebihan cairan yang masuk atau penurunan cairan yang keluar dari rongga pleura. Peningkatan filtrasi ini berhubungan dengan kegagalan absorbsi atau tidak adekuatnya mekanisme pengeluaran. Faktor non keganasan yang berhubungan dengan perkembangan efusi pleura meliputi infeksi, reaksi obat dan terapi radiasi (Pedoman Diagnosa dan Terapi Baf/Smf. Ilmu Bedah, 2010).

Mekanisme potensial akumulasi cairan pleura meliputi peningkatan kapiler pulmoner (misal gagal jantung) atau permeabilitas (misal pneumonia); penurunan tekanan intrapleura (misal atelektasis); penurunan tekanan onkotik plasma (misal hopialbuminemia); peningkatan permeabilitas membran pleura dan obstruksi aliran limfatik (misal keganasan pleura atau infeksi); defek diafragma (misal hidrothoraks hepatik) dan ruptur torasikus (Pedoman Diagnosa dan Terapi Baf/Smf. Ilmu Bedah, 2010).

Cairan pleura dibentuk dan di keluarkan perlahan pda kecepatan ekuivalen dan memiliki kadar protein yang lebih rendah dibandingkan kelenjar getah bening paru dan perifer. Proses akumulasi dapat terjadi melalui salah satu mekanisme atau lebih (Pedoman Diagnosa dan Terapi Baf/Smf. Ilmu Bedah, 2010).

# Pemeriksaan Dan Diagnosis

1. Anamnesis

Gejala yang muncul tergantung pada jumlah cairan dan penyakit yang mendasari, banyak pasien yang tidak menunjukan gejala pada saat ada efusipleura terdeteksi. Beberapa gejala pada saat ada efusi pleura terdeteksi, gejalanya seperti; nyeri dada pleuritik, dispnea, batuk kering non produktif sering kali menyertai(Pedoman Diagnosa dan Terapi Baf/Smf. Ilmu Bedah, 2010).

1. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik ditemukan penurunan taktil fremitus, redup pada perkusi dan suara nafas berkurang atau tidak ada dan tidak ada transmisi suara. Bunyi redup perkusi dan penurunan suara nafas pada semua area yang terkena seringkali dijumpai tetapi sulit untuk menentukan besar kecilnya efusi(Pedoman Diagnosa dan Terapi Baf/Smf. Ilmu Bedah, 2010).

1. Pemeriksaan penunjang
	1. Pemeriksaan pencitraan

Pemeriksaan radiografi thoraks posteroanterior dan lateral standart masih merupakan teknik yang paling penting untuk diagnosis awal efusi pleura. Cairan pleura bebas akan mengalir menuju bagian dependen dalam ruang pleura. Pada posisi kanan atas, merupakan regio subpulmonik dan akumulasi cairan menyebabkan elevasi hemithoraks, *displacement* lateral dari kubah diafragma dan penumpulan sudut kostofrenikus. Sedikitnya 250 ml caian ( pada orang dewasa) harus terakumulasi sebelum dapat terlihat pada pemeriksaan radiografi thoraks posteroanterior (Pedoman Diagnosa dan Terapi Baf/Smf. Ilmu Bedah, 2010).

Pemeriksaan CT scan yang menunjukan ada keganasan ialah nodul pleura atau penebalan pleura nodular, penebalan pleura mediastinal atau sirkuferensial atau

infiltrasi dari dinding dada atau diafragma (Pedoman Diagnosa dan Terapi Baf/Smf. Ilmu Bedah, 2010).

* 1. Biopsi pleura

Biopsi ini dilakukan pada pasien dengan efusi pleura yang tidak dapat dijelaskan. Teknik ini memiliki peranan yang terbatas pada anak tetapi dapat memberikan manfaat penting dalam diagnosis tuberkulosis atau keganasan. Komplikasi utama tindakan ini ialah pneumothoraks dan perdarahan(Pedoman Diagnosa dan Terapi Baf/Smf. Ilmu Bedah, 2010).

1. Analisis cairan pleura

Cairan pleura merupakan upaya diagnostik yang sangat penting, melalui tindakan ini maka dapat diketahui penyakit yang mendasari efusi pleura (Pedoman Diagnosa dan Terapi Baf/Smf. Ilmu Bedah, 2010).

# Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anemia, menurut (Wijaya & Putri, 2013).

* + 1. **Pengkajian**
1. **Pengumpulan Data**

Data-data yang dikumpulkan atau dikaji:

1. Identitas

Identitas klien yang harus diketahui perawat meliputi, nama, umur, jenis kelamin, alamat rumah, agama atau kepercayaan, suku bangsa, bahasa yang dipakai, status pendidikan, pekerjaan klien, dan asuransi kesehatan.(Wijaya & Putri, 2013)

1. Riwayat kesehatan
	1. Keluhan Utama

Keluhan biasanya klien datang ke rumah sakit dengan keluhan pucat, kelelahan, kelemahan, pusing(Wijaya & Putri, 2013).

* 1. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien dengan anemia biasanya pucat, kelemahan, sesak nafas, sampai adanya gejala gelisah, diaforesis sampai dengan penurunan kesadaran(Wijaya & Putri, 2013).

* 1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Untuk riwayat kesehatan dahulu meliputi apakah pernah menderita penyakit anemia sebelumnya, adanya riwayat trauma, perdarahan, riwayat demam tinggi, riwayat penyakit ISPA (Wijaya & Putri, 2013).

* 1. Riwayat kesehatan Keluarga:

Riwayat kesehatan keluarga adanya keluarga yang mempunyai riwayat penyakit anemia dalam keluarga atau riwayat penyakit seperti; kanker, jantung, hepatitis, DM, asthma, penyakit- penyakit infeksi saluran pernafasan (Wijaya & Putri, 2013).

1. Pemeriksan Fisik
	1. Keadaan Umum

Keadaan klien tampak lemah sampai sakit berat (Wijaya & Putri, 2013).

* 1. Kesadaran:

Tingkat kesadaran klien compos metis kooperarif sampai terjadi penurunan kesadaran atau tidak (apatis, somnolen, sopor, coma) (Wijaya & Putri, 2013).

* 1. Tanda-tanda vital

TD : Mengkaji Tekanan darah klien dengana anemia biasanya (90-110 mmHg atau 60-70 mmHg)

Nadi : Mengkaji Frekwensi nadi klien biasanya meningkat, kuat sampai lemah ( N = 60-100x/mnt)

Suhu : Mengkaji Suhu klien biasanya bisa meningkat atau menurun (S= 36,5 – 37,2ﹾC)

* 1. Kulit

Kulit teraba dingin, keringat yang berlebihan, pucat, terdapat perdarahan dubawah kulit

* 1. Kepala

Biasanya bentuk kepala dalam batas normal.

* 1. Mata

Pada klien tidak ada kelainan pada mata, konjungtiva klien anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada perdarahan sub conjuntiva, keadaan pupil, reflek cahaya baik.

* 1. Hidung

Keadaan hidung/bentuk hidung, mukosa hidung, airan yang keluar dari hidung, funsgi penciuman biasanya tidak ad kelainan

* 1. Telinga

Bentuk, fungsi pendengaran tidak ada kelainan

* 1. Mulut

Bentuk, mukosa kering, adanya perdarahan gusi (tidak semua), lidah kering,bibir peah-pecah atau adanya perdarahan

* 1. Thoraks

Pergerakan dada, biasanya pernafasan cepat dengan irama tidak teratur dengan fremitus yang menininggi, percusi sonor, suara nafas biasanya vesikuler atau ronchi, wheezing, dengan irama jantung tidak normal.

* 1. Abdomen

Biasanya bentuk perut cenderung cekung, adanya pembesaran hati, nyeri, bising usus normal dan juga biasanya meningkat.

* 1. Genetalia

Laki-laki biasanya testis sudah menurun ke dalam skrotum, perempuan: labia minora tertutup dengan labia mayora.

* 1. Ekstremitas

Biasanya terjadi kelemahan umumnya, nyeri pada ekstremitas, tonus otot berkurang, akral dingin.

* 1. Anus

Keadaan anus normal, anus (+)

* 1. Neurologis

Reflek pada fasiologis (+) seperti reflek patella, reflek patologi (-) seperti babinski tanda kerniq (-) dan Bruzinski I-II = (-) (Wijaya & Putri, 2013)

1. Pemeriksaan Penunjang

Pada klien hasil laboratorium kadar Hb menurun dari batas normal, pemeriksaan darah: eritrosit dan bedasarkan penyebab (Wijaya & Putri, 2013).

1. Riwayat Sosial

Dikaji siapa yang mengasuh klien di rumah saat sedang sakit, kebersihan di daerah tempat tinggal pasien, orang yang terdekat dengan pasien (Wijaya & Putri, 2013).

1. Kebutuhan Dasar

Meliputi kebutuhan nutrisi pasien sehubungan dengan aboreksia, diet yang harus dijalani, pemasangan NGT jika diperlukan bila ada gangguan pada indra pengecap. Pola tidur bisa terganggu. Mandi dan aktivitas pasien dapat terganggu

berhubungan dengan kelemahanfisik. Eliminasi: biasanya terjadi perubahan frekwensi, konsistensi bisa, diare atau konstipasi (Wijaya & Putri, 2013).

# Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian, kemudian data tersebut dikelompokkan lalu dianalisa sehingga ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan.

# Prioritas Masalah

Setelah data yang sudah dikumpulkan kemudian di urutkan di urutkan diagnosa mana yang harus diutamakan dan intervensi serta implementasi yang dilakukan terlebih dahulu.

# Diagnosa Keperawatan Anemia

* 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI Hal 172).
	2. Intolerensi aktifitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI Hal 128).
	3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI Hal 37)
	4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI Hal 240)

# Perencanaan Diagnosa Keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI Hal 172).

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri menurun.

Kritera Hasil :

1. Tidak ada perilaku distraksi
2. Klien tampak rileks
3. Skala nyeri menurun
4. TTV dalam batas normal Intervensi :
5. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.

R/ Tindakan ini yaitu untuk mengetahui lokasi, frekuensi dan karakteristik nyeri.

1. Monitor TTV

R/ Tindakan ini untuk mengetahui perubahan yang terjadi saat nyeri terjadi.

1. Berikan tekhnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri mis, terapi pijat atau kompres hangat/dingin

R/ untuk pendekatan paling efektif pada saat terjadinya nyeri

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu R/ meningkatkan kenyamanan dan istirahat. **Diagnosa Keperawatan 2**

Intolerensi aktifitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI Hal 128).

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam diharapkan dapat menunjukan inteloransi aktivitas meningkat

Kriteria Hasil :

1. Frekuensi nadi meningkat
2. Keluhan lelah menurun
3. Kekuatan otot meningkat Intervensi :
4. Identifikasi defisit tingkat aktivitas

R/ supaya menandakan bahwa tidak diperkenankan melanjutkan aktivitas

1. Ukur tanda vital saat periode istirahat, awasi TD, Nadi, pernapasan setelah aktivitas.

R/ untuk mengetahui respon tubuh klien terhadap aktivitas

1. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis, ambulasi, mobilisasi dan perawatan diri), sesuai kebutuhan

R/ agar latihan aktivitas tetap terpenuhi

1. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan

R/ untuk menjaga fungsi dan aktivitas fisik

# Diagnosa Keperawatan 3

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI Hal 37)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan perfusi perifer meningkat

Kriteria Hasil :

1. Denyut nadi perifer meningkat
2. Kelemahan otot menurun
3. Turgor kulit membaik Intervensi :
4. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, dan pengisian kapiler)
5. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi
6. Lakukan pencegahan infeksi
7. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh)

# Diagnosa keperawatan 4

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI Hal 240) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan perawatan diri meningkat

Kriteria hasil :

1. Kemampuan mandi meningkat
2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
3. Minat perawatan diri meningkat Intervensi :
4. Monitor tingkat kemandirian
5. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
6. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

# Asuhan Keperawatan Pada Pasien Efusi Pleura, menurut (Padila, 2012).

1. Aktifitas / istirahat

Gejala : dispneu dengan aktifitas ataupun istirahat

1. Sirkulasi

Tanda: Takikardi, Disritmia, irama jantung gallop, hipertensi/hipotensi, DVJ

1. Integritas ego

Tanda: ketakutan, gelisah

1. Makanan / cairan

Adanya pemasangan IV vena sentral/ infus

1. Nyeri / kenyamanan

Gejala tergantng ukuran/ area terlibat : nyeri yang diperberat oleh napas dalam, kemungkinan menyebar ke leher, bahu, abdomen.

Tanda : berhati-hati pada area yang sakit, perilaku distraksi pernapasan

1. Pernapasan

Gejala: kesulitan bernafas, batuk, riwayat bedah dada/ trauma.

Tanda: takipnea, penggunaaan otot aksesori pernapasan pada dada, retraksi interkostal, bunyi nafas menurun dan fremitus menurun (pada sisis terlibat), perkusi dada: hiperresonan diarea terisi udara dan bunyi pekak diareah terisi cairan.

Observasi dan palpasi dada: gerakan dada tidak sama (paradoksal) bila trauma atau kemps, penurunan penegmbangan(area sakir). Kulit: pucat, sianosi, berkeringat, krepitasi subkutan.

# Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d Hipersekresi jalan napas (mis. Nyeri saat bernapas) gangguan musculoskeletal, nyeri/ansietas, proses infalami. Kemungkinan dibuktikan oleh : dispneu, takipneu, perubahan kedalaman pernapasan, penggunaan otot aksesoris, gangguan pengembangan dada, sianosis, GDA, tak normal.

Tujuan : dengan dilakukan asuhan keperawatan 2x24jam diharapkan pola nafas membaik dengan, Kriteria hasil:

* 1. Dispnea menurun
	2. Penggunaan otot bantu napas menurun

Intervensi :

1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman,, usaha napas)
2. Posisikan semi fowler atau fowler
3. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Wheezing, ronchi)
4. Berikan minuman hangat, jika perlu
5. Pertahankan kepatenan jalan napas
6. Monitor sputum
7. Berikan oksigen, jika perlu
8. Nyeri dada b.d faktor-faktor biologis dan faktor-faktor fisik

Tujuan : dengan dilakukan asuhan keperawatan 3x24jam diharapkan nyeri hilang atau berkurang dengan,

Kriteria hasil :

* 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang atau dapat dikontrol
	2. Pasien tampak tenang Intervensi :
1. kaji terhadap adanua nyeri, skala dan intervensi nyeri.
2. Ajarkan pada klien tentang manajemen nyeri dengan distraksi dan relaksasi (Padila, 2012).

# Tindakan Keperawatan dan Evaluasi (SOAP)

Evaluasi keperawatan merupakan preskipsi untuk perilaku spesifik yang diharapkan oleh klien, atau tindakan yang menjadi tugas perawat. Tindakan atau evaluasi keperawatan dipilih untuk membantu klien dalam mencapai hasil yang diharapkan dan mengetahui perkembangan baik/buruknya kedaan klien. Tindakan/evaluasi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas, dimulai dengan penulisan kata kerja aksi.

# Web Of Caution

Pendarahan masif



**2021**

Tranfusi Darah

Eritrosit prematur

Umur eritrosit pendek akibat penghancuran sel darah merah

Defiensi besi, B12,Fe



Kekurangan bahan baku pembuat sel darah merah

Depresi sumsum tulang kongenital atau akibat obat- obatan

Pembentukan sel hemopoetik terhenti atau

“ KEGAGALAN ADALAH PROSES DARI

Gastrointestin

Kehilangan banyak darah

Gangguan absorbs nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah



Pengiriman oksigen dan nutrient ke sel berkurang

Kardiovaskuler

Kontraksi arteriole

Pengurangan aliran darah dan komponennya ke organ tubuh yang kurang vital (anggota gerak), penambahan aliran darah ke otak dan jantung

Penurunan BB, Kelemahan

**ANSIETAS**

Pengiriman oksigen dan nutrient ke sel berkurang

**Hb menurun (<10**

**RESIKO INFEKSI**

34

**Bersihan jalan napas tidak efektif**

# BAB 3 TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn. K dengan diagnosa medis Anemia+Pleura Effusion di ruang H1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus perawatan mulai tanggal 03 Mei 2021 sampai dengan 05 Mei 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 03 Mei 2021 jam 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan Rekam medis no. Register 64-1x-xx sebagai berikut:

# Pengkajian

* + 1. **Identitas**

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Tn. K usia 50 tahun, Beragama Islam, Status perkawinan kawin dan memiliki 3 orang anak, Pasien bertempat tinggal di Makassar, Pasien berasal dari suku bangsa Jawa, Pendidikan terakhir pasien adalah SMP, Pekerjaan pasien adalah Tukang Cukur, Bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia. Pasien MRS pada tanggal 30 April 2021 pada pukul 00.16 WIB dan dilakukan Anamnesa pada tanggal 03 Mei 2021 pada pukul 08.00 WIB.

# Riwayat Sakit dan Kesehatan

1. Keluhan Utama:

Pasien mengatakan badan lemas

1. Riwayat Penyakit Sekarang:

Pada tanggal 30 April 2021 pukul 00.16 WIB pasien datang ke IGD Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan lemas, pusing, mata berkunang-kunang dengan hasil observasi hasil TD: 112/80 mmHg, N: 102x/mnt, S: 37°C, RR: 24x/mnt, Spo2:99%, GCS: 456, EWS: 2. Pada saat di IGD Dr.Ramelan Tn. K mendapatkan

35

tindakan pada pukul 00.50 WIB pemasangan infus dan mendapatkan cairan Ns 500cc/14 tpm kolf ke 1. Dan dilakukan pengambilan darah untuk cek DL dan cek KK, pukul 04.00 WIB lalu pasien mendapatkan injeksi Ranitidine 50mg/iv. Pasien dari advis dokter untuk rawat inap di ruang H1 sebelum dipindah pasien di observasi kembali dengan hasil TD: 110/75 mmHg, N: 85x/mnt, S: 36,2 c, RR: 20x/mnt, Spo2: 100%, GCS: 456, EWS: 2 pada pukul 06.16 WIB pasien masuk ke Ruang H1 lalu di Ruangan mendapatkan terapi NS:D5 dengan 2:2, Methly Prednison 125mg 2x2. Kemudian pada Tanggal 30, 01, dan 02 April 2021, pasien mendapatkan tranfusi PRC golongan darah B dengan pendonor keluarga atas nama Tn. D. Pada saat pengkajian tanggal 03 Mei 2021 pasien mengeluh badan lemas dan pusing, pasien tampak hanya tirah baring ditempat tidur untuk aktivitas seperti makan, ganti baju, BAK, BAB dengan bantuan. Pasien mengeluh nyeri, P: nyeri pada saat batuk, Q:nyeri cenut-cenut, R: dada sebelah kiri, S: 8 (1-10), T: terus menerus, lalu pasien juga mengeluh sesak nafas dan terpasang O2 nasal 3lpm. Dan observasi tanda-tanda vital dengan hasil, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 87 x/menit, Suhu: 36,9 °C, RR: 24, Spo2: 96%.

1. Riwayat Penyakit Dahulu:

Pasien mengatakan bahwa beliau sebelumnya tidak pernah mempunyai riwayat anemia atau perdarahan yang hebat, muntah darah (-), berak darah (-), batuk darah (-) pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit Diabetes. Sebelum rawat inap di rumah Rsal Dr. Ramelan Surabaya Tn. K sebelumnya pernah rawat inap di RS Makassar, pada tanggal 25 April 2021 Tn. K melakukan pemeriksaan di RS Makassar karena adanya keluhan badan lemas, pusing, mata berkunang-kunang dan didapatkan hasil laboratorium bahwa Hb dibawah normal dengan hasil 5,8 g/dl pasien disarankan olehdokter penangung jawab di RS Makassar untuk rawat inap di RS Makasar dan dilakukan tindakan tranfusi darah 2 bag dalam 1 hari pada tanggal 25 April 2021,

**Bersihan**

**jalan**

pasien setelah dilakukan tranfusi darah mengalami demam dan sesak nafas, setelah didapatkan keluhan tersebut Dokter penangung jawab Tn. K menyarankan bila tranfusi darah dengan keluarga Tn. K yang sedarah. dan pada tanggal 28 April 2021 dirujuk ke Rsal Dr. Ramelan Surabaya.

1. Riwayat Kesehatan Keluarga:

Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang mengalami penyakit yang sama, tidak ada yang menderita penyakit kelainan darah, ginjal, jantung, tidak ada yang memiliki riwayat anemia.

1. Genogram:

# Gambar 3.1 Genogram Tn. K



**INTOL**

**PE**

**PERUBA**

34

= Laki – laki

1. Riwayat Alergi:

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi baik makanan, minuman dan obat-obatan.

# Pengkajian B1-B6

1. **Keadaan Umum**

Pasien tampak lemah dengan kesadaran composmentis GCS: E: 4, V: 5, M:6, dengan penampilan pasien rapi, pasien tampak cemas karna kepala pusing, klien kooperatif dengan mahasiswa maupun petugas medis baik dokter, perawat dan lain- lain.

# Tanda-tanda Vital

Pengukuran tekanan darah dengan hasil 110/60 mmHg, pengukuran Nadi dengan hasil 87 x/mnt, pengukuran suhu dengan hasil 36,9°C , pengukuran frekuensi napas dengan hasil 24 x/mnt, pengukuran TB: 167 cm, BB SMRS: 67, BB MRS: 63.

1. **Sistem Pernapasan B1 (*Breath)***

Saat pemeriksaan Inspeksi di dapatkan bentuk dada normochest dan gerakan dinding dada asimetris dengan pergerakan dada kiri tidak seirama dengan dada kanan, irama nafas reguler, RR 24x/mnt, pernapasan melalui hidung, pasien terlihat batuk tidak efektif dengan mengeluarkan sputum kental berwarna coklat. Pada saat pemeriksaan Perkusi, suara napas sonor, fremutus vocal menurun, pergerakan dinding kiri lebih lambat dan di dapatkan nyeri saat batuk P: nyeri saat bernapas, Q: cenut- cenut, R: dada sebelah kiri, S: 8 (1-10), T: Nyeri bertambah saat batuk. Saat pemeriksaan Auskultasi di dapatkan suara napas tambahan Grok-Grok saat batuk.

# Masalah Keperawatan: Bersihan jalan nafas tidak efektif

1. **Sistem Kardiovaskuler B2 *(Blood)***

Pada pemeriksaan Inspeksi adanya nyeri dada pada saat batuk, pada pemeriksaan Palpasi CRT >3 detik, akral teraba dingin, dasar kuku pucat, konjungtiva anemis, kulit pucat, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Pada pemeriksaan Auskultasi bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada edema, irama jantung reguler.

# Masalah Keperawatan: Perfusi perifer tidak efektif

1. **Sistem Persyarafan B3 *(Brain)***
	1. Tingkat Kesadaran pasien adalah composmentis
	2. GCS: 456
	3. Nervus Cranial

Nervus Kranial I: Pasien mampu membau minyak kayu putih, terbukti dengan istri Tn. A mengoleskan minyak kayu putih. Nervus Kranial II: pasien mampu melihat normal dari lapang dekat. Nervus Kranial III: pasien mampu mengedipkan matanya. Nervus Kranial IV: pasien mampu menggerekan bola matanya keatas dan kebawah. Nervus Kranial V: pasien mampu mengunyah. Nervus Kranial VI: pasien mampu melirik ke samping, Nervus Kranial VII: pasien mampu merasakan manis, asam dan pasien dapat mengerutkan dahi saat nyeri. Nervus Kranial VIII: pasien mampu mendengar dengan jelas, terbukti dengan bila diberi pertanyaan pasien mampu menjawab sesuai dengan pertanyaan yang diberikan. Nervus Kranial XI: pasien dapat merasakan manis, misalnya minum teh/air kacang hijau. Nervus Kranial X: pasien mampu menelan. Nervus Kranial XI: pasien mampu menggerkan kepala dan leher, dibukti dengan pasien menoleh ke kanan dan ke kiri. Nervus Kranial XII: pasien mampu menggerakan lidah ke atas, ke bawah, ke kiri dan ke kanan.

Pada pemeriksaan fisik wajah dan mata. Mata simetris, pupil isokor +/+, konjuntiva anemis, reflek cahaya ada +/+, sklera normal

Pada pemeriksaan fisik pendengaran. Telinga simetris dan tidak ada gangguan pada telinga

# Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

1. **Sistem Perkemihan B4 *(Bladder)***

Pada pemeriksaan palpasi, bledder tidak adanya distensi pada bledder. Sebelum masuk rumah sakit eliminasi urin pasien 5 sampai 7 x/hari dengan jumlah ± 1000- 1500 cc/hari, warna urine kuning jernih tidak ada nyeri teka pada bledder. Selama di rumah sakit, frekuensi di eliminasi urine adalah 4 sampai 5 x/hari, jumlahnya ±1000 cc/hari, warna kuning jernih, pasien menggunakan alat bantu pispot.

# Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

1. **Sistem pencernaan B5 *(Bowel)***

Pada pemeriksaan Inspeksi, pasien tampak lemah, berat badan sebelum sakit 65 kg. Pada pemeriksaan Palpasi, tidak ada nyeri tekan, nyeri lepas, asites, dan tahanan atau massa, pada pemeriksaan Perkusi suara perkusi timpani, bising usus 15 x/mnt.

Sebelum masuk rumah sakit, frekuensi makan di rumah adalah 2-3 x/hari, jenisnya adalah nasi, sayur, lauk dan terkadang diselingi dengan buah dengan porsi makan 1 piring habis, tidak ada pantangan makanan, tidak ada makanan yang khusus yang disukai. Dan untuk frekuensi minum di rumah 5-6 gelas/hari, jenisnya air putih, teh, kopi, jumlahnya ±800-1500 cc/hari.

Selama berada di rumah sakit, untuk frekuensi makan 3 x/hari, jenisnya nasi tim, sayur, lauk, buah, dan terkadang snack selingan dari rumah sakit. Nafsu makan di rumah sakit sangat kurang, pasien saat makanan masuk merasakan mual, porsi makan

pasien selama di rumah sakit hanya ½ porsi, terkadang makanan dari rumah sakit tidak dimakan hanya makan roti saja. Pasien tidak terpasang NGT.

Sebelum masuk rumah sakit, frekuensi BAB pasien adalah 1 x 2 hari, konsistensinya padat lunak dan berwarna kecoklatan, Saat pengkajian pasien mengalami susah BAB selama di rumah sakit.

# Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

1. **Sistem Muskuloskeletal B6 *(Bone)***

Pada pemeriksaan Inspeksi rambut, kuantitas tipis, penyebaran jarang. Pada pemeriksaan Palpasi rambut, tekstur halus dan rapuh. Pada pemeriksaan Palpasi kulit kepala, tidak ada benjolan/ lesi. Pada pemeriksaan Inspeksi kuku, warna pucat, bentuk normal.

Pada pemeriksaan Inspeksi, pasien hanya tiduran di tempat tidur dan sering kali posisi semi fowler, ROM terbatas, dengan kekuatan otot

=

Pere mpu

=

Meni nggal

# Masalah Keperawatan: Intoleransi Aktivitas

1. **Sistem Endokrin**

Saat dilakukan pemeriksaan Palpasi tidak didapatkan pembesaran kelenjar Thyroid, saat dilakukan pemeriksaan pengambilan darah cek gula darah puasa didapatkan, gula darah pasien batas normal.

# Masalah keperawatan: Tidak didapatkan Masalah Keperawatan

1. **Seksual-reproduksi**

Saat pegkajian jenis kelamin pasien laki-laki dengan tidak ada kelainan reproduksi, klien masih bisa ereksi dan pola seksual dengan istri masih baik.

# Masalah keperawatan: Tidak di dapatkan masalah keperawatan

1. **Kemampuan Perawatan Diri**

**Tabel 3.2 Kemampuan Perawatan diri Tn. K**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kegiatan** | **SMRS** | **MRS** |
| Mandi | 1 | 2 |
| Berpakaian/ dandan | 1 | 2 |
| Toileting/eliminasi | 1 | 3 |
| Mobilitas di tempat tidur | 1 | 2 |
| Berpindah | 1 | 2 |
| Berjalan | 1 | 2 |
| Naik Tangga | 1 | 3 |
| Berbelanja | 1 | 4 |
| Memasak | 1 | 4 |
| Pemeliharaan Rumah | 1 | 4 |

Skor:

1. Mandiri
2. Alat Bantu
3. Dibantu orang lain dan Alat
4. Tergantung/tidak mampu

Alat bantu berupa: keluarga dan alat eliminasi

# Masalah keperawatan: Defisit perawatan diri (mandi, toileting, berpakaian)

1. **Personal Hygiene**

SMRS: pasien mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, keramas 1x/2hari, memotong kuku 1x/minggu. MRS: saat dilakukan pengkajian

pasien mandi 1x/hari dengan di seka, gosok gigi 1x/hari dengan bantuan istri/anak, ganti pakaian 1x/hari dengan bantuan istri/anak.

# Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

1. **Pola istirahat tidur**

Jam tidur SMRS : siang 15.00-16.00 WIB, malam 22.00-05.00 WIB total tidur pasien SMRS 7 jam. Jam tidur MRS: siang 13.00-15.00 WIB, malam 21.00-03.00 WIB

# Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

1. **Kognitif perseptual-Psiko-sosio-spiritual**
2. Persepsi terhadap sehat-sakit

Pasien mengatakan bahwa sehat-sakit adalah kemampuan dalam beraktifitas, saat ini pasien mengalami sakit dan tidak bisa beraktifitas dan sakit adalah cobaan dari Allah SWT

1. Konsep diri

Saat dilakukan pengkajian mneurut Tn. K saat masih sehat beliau bisa menjalankan peran sebagai seorang kepala keluarga, tetapi saat ini beliau sedang sakit menurutnya merasa tidak bisa mencapai tanggung jawab yang harus dijalankan sebagai seorang kepala keluarga.

1. Rekreasi

Saat dikaji pasien mengatakan bahwa rekreasi yang dilakukan saat hari libur bersama keluarga, jalan-jalan dengan rekan-rekannya.

1. Berolahraga

Pasien mengatakan jarang olahraga, hanya terkadang jika sedang ingin berolahraga saja.

# Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**
1. Laboratoratorium

# Tabel 3.3 Laboratorium Tn. K 03 Mei 2021

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parameter | Result | Unit | Ref. Ranges |
| **HEMATOLOGI** |  |  |  |
| WBC | 6.45 | 10^3/uL | 4.0-10.0 |
| Neu# | 5.43 | 10^3/uL | 2.0-7.0 |
| Neu% | 84.3 | % | 50.0-70.0 |
| Lym# | 0.48 | 10^3/uL | 0.8-4.0 |
| Lym% | 7.4 | % | 20.0-40.0 |
| Mon# | 0.53 | 10^3/uL | 0.12-1.2 |
| Mon% | 8.2 | % | 3.0-12.0 |
| Eos# | 0.0 | 10^3/uL | 0.02-0.5 |
| Eos% | 0.0 | % | 0.5-5.0 |
| Bas# | 0.01 |  | 0.0-.01 |
| Bas% | 0.1 | % | 0.0-1.0 |
| RBC | 2.96 | 10^6/uL | 3.5-5.5 |
| HGB | 9.2 | g/dL | 13.2-17.3 |
| HCT | 26.7 | % | 37.0-54.0 |
| MCV | 90.3 | fL | 80.0-100.0 |
| MCH | 31.1 | Pg | 27.0-34.0 |
| MCHC | 34.5 | g/dL | 32.0-36.0 |
| RDW\_CV | 17.4 | % | 11.0-16.0 |
| RDW\_SD | 53.4 | fL | 35.0-56.0 |
| PLT | 99 | 10^3/uL | 150.0-450.0 |
| MPV | 8.4 | fL | 6.5-12.0 |
| PDW | 8.7 |  | 15.0-17.0 |
| PCT | 0.84 | % | 0.108-0.282 |
| IMG# | 0.27 | 10^3/uL | 0.0-999.99 |
| IMG% | 4.2 | % | 0.0-100.0 |
| IPF(IMATUREPLATELE) | 2.6 |  | 0.9-10.0 |
| RHE(RHETICULOCYTE | 35.2 |  | 28.0-37.0 |

1. Photo: Foto Thorax

# Gambar 3.2 Hasil Foto Thorax Tn. K 02 Mei 2021



Hasil foto thorax:

Hasil foto thorax didapatkan Diapragma kanan baik dan kiri tidak tampak, terdapat efusi pleura kiri.

1. ECG

# Gambar 3.3 Hasil ECG Tn. K 02 Mei 2021



* + 1. **Penatalaksaan**

1. Terapi obat

# Tabel 3.4 Terapi Obat Tn. K

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | Dosis | Indikasi |
| Domperidone | 1 tab (2 x 1) 10 mg | Untuk mengatasi mual dan muntah, Selain mual dan muntah, *domperidone* dapat digunakan untuk mengatasigangguan gerakan saluran cerna, seperti gastroparesis |
| Enzymplex | 2/3 tab (2 x 1) | Untuk lambung yang digunakan untuk mengatasi kembung, perut terasa penuh dan begah, sering kentut, mual-mual, nyeri ulu hati,dan untuk melancarkan buang air besar. |
| Buscopan | I cap (2 x 1) 10 mg | Untuk mengatasi nyeri dan kram pada bagian perut. |
| Clobazam | 2/3 tab (2 x 1) 10 mg | Obat yang berkerja di otak dan saraf (sistem saraf pusat) untuk menghasilkan efekyang menenangkan. |
| Sangobion | Kapsul @250 (3 x 1) | Merupakan suplemen dengan kandungan zat besi dan vitamin. Obat ini biasa digunakan untuk mengobati anemia karena defisiensi zat besi dan mineral lain dalamsel darah |
| Omperazone | 40mg, inj (2 x 1) | Untuk mengurangi produksi asam di dalam lambung. |
| Methly prednisolon | 125mg/5ml, inj (1mm) | Untuk mengurangi gejala pembengkakan, rasa nyeri, dan reaksi alergi |

# Analisa Data

Nama : Tn. K

Ruang : H1

Umur : 50 tahun

No Rm : 64-1x-xx

# Tabel 3.5 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data (sympthom)** | **Penyebab (etiologi)** | **Masalah (problem)** |
| 1. | DS :Pasien mengatakan sesak nafasDO :* Pasien batuk tidak efektif sputum tidak bisa keluar
* Bentuk dada Normochest
* Gerakan dinding dada asimetris
* Sputum keluar saat batuk berwarna coklat
* Terdengar suara grok- grok saat auskultasi
* Pola nafas takipnea dengan
* RR 24x/menit

- Spo2 96% | Hiperkresi jalannapas | Bersihan jalan napas tidak efektif |
| 2. | DS :Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri P: nyeri saat batukQ: nyeri cenut-cenut R: dada sebelah kiri S: 8 (1-10)T: terus menerus DO : hasil foto* Pasien tampak menyeringai menahan nyeri
* Pasien tampak gelisah
* Pasien tampak melindungi area nyeri
* Pemeriksaan TTV hasil

- TD: 100/60 mmHg | Agen pencedera fisiologis | Nyeri akut |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | * Nadi: 91x/menit
* RR: 24x/menit

- Suhu: 36,9 ﹾC* Kesadaran:Composmetis

- Spo2: 96% |  |  |
| 3. | DS :Pasien mengatakan badannya terasa lemah DO :* Pasien terlihat hanya tirah baring di tempat tidur
* Pasien tampak dibantu orang lain dalam melakukan aktivitasnya
* Pasien tampak lemah

- Spo2: 96% | Kelemahan | Intoleransi aktivitas |
| 4. | DS :Pasien mengatakan merasakan cepat lelah dan lemas saat beraktivitas, jalan beberapa langkah sudah lelahDO :* Pasien tampak lemas
* Pasien tampak pucat
* Akral teraba dingin
* Konjungtiva anemis
* Hasil lab:

RBC 2.96 (normal 3.5-5.5)HGB 9.2 (normal 13.2-17.3)HCT 26.7 (normal 37.0-54.0)PLT 99 (normal 150.0-450.0)CRT >3 detik | Penurunan konsentrasi hemoglobin | Perfusi perifer tidak efektif |
| 5. | DS :Pasien mengatakan tidak mampu menyelesaikan perawatan diri sendiri DO:* Tidak mampu mandi sendiri selama MRS
* Tidak mampu berpakaian ke toilet, mengenakan pakaian secara mandiri
* Minat perawatan diri kurang dikarenakan pasien lemah
 | Kelemahan | Defisit perawatan diri |

# Prioritas Masalah

Nama : Tn. K

Ruang : H1

Umur : 50 tahun

No Rm : 64-1x-xx

# Tabel 3.6 Prioritas Masalah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | **Paraf** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1. | Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalannapas | 03 Mei 2021 | Belum teratasi | **Fy** |
| 2. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis | 03 Mei 2021 | Belum teratasi | **Fy** |
| 3. | Perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasihemoglobin | 03 Mei 2021 | Belum teratasi | **Fy** |
| 4. | Intoleransi aktivitasberhubungan dengan Kelemahan | 03 Mei 2021 | Belum teratasi | **Fy** |
| 5. | Defisit perawatan diri berhubungandengan kelemahan | 03 Mei 2021 | Belum teratasi | **Fy** |

=

# Rencana Keperawatan

Nama : Tn. K

Ruang : H1

Umur : 50 tahun

No Rm : 64-1x-xx

# Tabel 3.7 Rencana Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosis Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan* Pasien terpasang O2 nasal 3 lpm
* Pasien batuk tidak efektif
* Sputum keluar saat batuk berwarna coklat bercampur busa
* Terdengar suara grok-grok saat auskultasi
 | Tujuan :Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan bersihan jalan nafas kembali efektif dengan ekspetasi meningkatKriteria hasil :1. Pernapasan klien normal (16-20 x/menit)
2. Produksi sputum menurun
 | 1. Kaji status pernafasan (bunyi nafas, kecepatan, irama, kedalaman,produksi sputum) tiap 3 jam
2. Berikan posisi semi fowler atau fowler
3. Berikan oksigenasi sesuai 3 lpm
4. Kolaborasi pemberian antibiotic
 | 1. Penurunan bunyi nafas ronchi menunjukan akumulasi secret dan dapat meningkatkan kerja pernafasan
2. Posisi semi fowler atau fowler dapat memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya bernafas
3. Dapat mengurangi sesak yang dirasakan pasien
 |

=

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | * Pola nafas takipnea dengan
* RR 24x/menit

- Spo2 96% | 3. Bunyi napas normal, ronchi -/-, wheezing -/-, egofoni -/- |  | 4. Pengobatan antibiotic akan lebih baik jika dengan adanya dasar test uji retensi kuman |
| 2. | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis ditandanidengan* Pasien tampak menyeringai menahan nyeri
* Pasien tampak gelisah
* Pasien bersikap waspada saat batuk dan tampak tidak bisa tidur
* Nafsu makan sedikit berubah, habis ⅓ dalam porsi
* Pemeriksaan TTV hasil

- TD: 100/60 mmHg | Tujuan :Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 diharapkan nyeri pada pasien dapat teratasi denganKriteria hasil:1. Wajah pasien tidak lagi menyeringai
2. Pasien mengungkapkan nyeri sudah berkurang/hilang
3. Pasien dapat mengontrol nyeri dengan non farmakologi (relaksasi nafas dalam, merilekskan diri)
4. Skala nyeri

berkurang/hilang dari | 1. Kaji tingkat nyeri pasien
2. Beri informasi pada pasien dan keluarga mengenai penyebab nyeri dan cara mengatasi nyeri
3. Observasi tanda tanda vital
4. Ajarkan pada pasien teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam dan merilekskan diri)
5. Kolaborasi pemberian analgesik (anti nyeri) Buscopan dan metyhl prednisolon
 | 1. Mengetahui tingkat nyeri, untuk mendapatkan terapi yang sesuai
2. Pemberian informasi kepada pasien dan keluarga guna mendidik dan mendorong pasien mencoba tindakan yang diberikan, lebih kooperatif dan keluarga tidak mengalami kecemasan saat pasien mengalami nyeri
3. Sebagai indikasi dan pertimbangan atas pengaruh nyeri terhadap keadaan umum pasien
4. Membantu

mengurangi ketegangan dan membantu pasien |

=

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | * Nadi: 91x/menit
* RR: 24x/menit

- Suhu: 36,9 ﹾC* Kesadaran: Composmetis

- Spo2:96% | skala 8 (1-10) menjadi 0(1-10) |  | memfokuskan subjek pengurang nyeri5. Pemberian terapi analgesik untuk upaya menurangi nyeri farmakologi |
| 3. | Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandani dengan* Pasien tampak lemas
* Pasien tampak pucat
* Akral teraba dingin
* Konjungtiva anemis
* Hasil lab:

RBC 2.96 (normal 3.5-5.5)HGB 9.2 (normal 13.2-17.3)HCT 26.7 (normal 37.0-54.0)PLT 99 (normal 150.0-450.0) | Tujuan:Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer kembali normalKriteria hasil:-Pasien tidak pucat, membran mukosa merah mudah, akral hangat-Konjungtiva tidak anemia-Kadar Hb dalam batas normal (13.2-17.3) Leukosit dalam batasnormal (150.0-450.0) | 1. Monitor hasil laboratorium
2. Anjurkan pasien unuk mengkonsumsi makanan yang seimbang TKTP dan makanan yang mengandung zat besi
3. Kolaborasi tranfusi darah dan pemberian suplemen besi tambahan vitamin sesuai indikasi SIKI brp
4. Monitor efek samping dan respon pasien saat tranfusi darah dan setelah

tranfusi darah | 1. Memantau kadar hemoglobin dalam darah
2. Membantu pembentukan protein untuk pembantukan hemoglobin dalam darah
3. Meningkatkan kerja pembentukan hemoglobin
4. Agar mengetahui adanya tanda alergi saat tranfusi dilakukan
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:-Pasien tampak hanya tirah baring di tempat tidur-Pasien tampak dibantu orang lain dalam melakukan aktivitasnyaPasien terlihat lemas | Tujuan :Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapakan pasien mampu memenuhi kebutuhan aktivitasnya secara mandiri.Kriteria hasil :-Pasien mampu turun dari tempat tidur dan melakukan aktivitas kebutuhannya secara mandiri-Pasien mampu mobilisasi sendiri di area tempat tidur dan kamar perawatan-Pasien tidak terlihat lemas | 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Menganjurkan pasien untuk membantu merencanakan kemajuan aktivitas yang diyakini sangatpenting oleh pasien.
3. Memantau respon fisiologi terhadap peningkatan aktivitas (termasuk respirasi, denyut dan irama jantung, tekanan darah).
4. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
 | 1. Untuk meningkatkan motivasinya agar lebih aktif.
2. Pastisipasi pasien dalam perencanaan dapatmembantu memperkuat keyakinan pasien.
3. Untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh danmencegah keletihan.
4. Untuk menambah atau meningkatkan asupan makanan pasien
 |

53

44

# Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. K

Ruang : H1

Umur : 50 tahun

No Rm : 64-1x-xx

# Tabel 3.8 Implementasi dan Evaluasi

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No Dx | Waktu (tgl&jam) | TINDAKAN | Paraf | Waktu (tgl&jam) | CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP) | TTWat |
| 12 | 03-05-202108.0008.20 | -Melakukan pengkajian status pernafasan pasien mengeluh sesak,I: pergerakan dada kiri sedikit lambat, bentuk dada normo chest, irama nafas reguler, RR: 24x/menit, terpasang O2 nasal 3lpmP: fremitus vocal pada Tn. A menurunP: suara paru sonorA: terdengar suara grok-grok | **Fy****Fy** |  | Diagnosa 1 S:-pasien masih mengatakan sesak nafas, susah untuk batuk, dahak bewarna coklatO :-TTV dengan hasilTD: 100/60 mmHgN: 87x/menit S: 36,9°CRR:24x/menit Spo2: 96%* Masih terdengar suara grok grok
* Pola napas Takipnea
* Produksi sputum masih belum menurun
 | **Fy** |
|  |  |  |  | A : masalah belum teratasi |  |
|  |  |  |  | P : Intervensi lanjutkan no 1,2,3,4 |  |

4

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 22224 | 09.0009.3009.4009.5010.00 | -Melakukan pengkajian tingkat nyeri pasien, pasien mengeluh nyeriP: nyeri dada saat batuk Q: cenut\_cenutR: dada kiri S: 8(1-10)T: terus menerus(pada saat batuk)-Mengajarkan pasien teknik mengurangi nyeri non farmakologi (teknik nafas dalam).-Mengkaji tanda-tanda anemia, pasien kulit tampak pucat, konjungtiva anemis-Memonitor hasil Laboratorium.-Mengedukasi pasien untukmakan dengan porsi yang telah disediakan agar mempercepat pembentukan hemoglobin dalam darah-Mengkaji kemampuan pasien untuk mobilitas, pasien hanya | **Fy****Fy****Fy****Fy** |  |  | **Fy****Fy** |

50

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 331,2,331 | 10.3010.4011.0012.0013.30 | bisa mobilitas diatas tempat tidur-Mengajarkan pasien toileting agar mobilitas fisik terpenuhi dan memonitor tanda vital jika terjadi perubahan saat melakukan aktivitas-Memotivasi pasien untuk melakukan mobilitas walau sebentar tetapi harus terlaksana (berdiri dari tempat tidur, makan sendiri, mengganti pakaian sendiri)-Observasi TTV TD: 110/60 mmHg Nadi: 87x/menit Suhu: 36,9 °CRR: 24x/menit Spo2: 96%-Hasil kolaborasi pemberian obat oral penambah darah 1 tablet | **Fy****Fy****Fy****Fy** |  |  |  |

51

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11 | 14.4014.00 | -Mengkaji batuk berdahak, pasien mengatakan dahak bisa keluar tetapi susah untuk batuk-Edukasi keluarga bila dahak yang dikeluarkan pasien segera dibuang tidak disimpan di kantong plastik | **Fy****Fy****Fy** |  |  |  |

52

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 112 | 28-01-202008.0008.2008.40 | -Melakukan pengkajian status pernafasan, pasien mengeluh sesakI: pergerakan dada kiri sedkit lambat, bentuk dada normo chest, irama nafas reguler, RR: 24x/menitP: fremitus vocal pada Tn. A menurunP: suara paru sonorA: terdengar suara grok-grok Terpasang O2 nasal dengan flow meter naik menjadi 4lpm-Edukasi pasien untuk posisi nyaman dengan posisi semi folwer/fowler untuk mengurangi sesak- Melakukan pengkajian tingkat nyeri pasien, pasien mengeluh nyeri betambahP: nyeri dada saat batuk Q: cenut\_cenutR: dada kiri S: 9(1-10) | **Fy****Fy****Fy** |  | Diagnosa 2 S:-pasien mengatakan masih nyeri pada bagian dada sebelah kiri ketika batuk skala nyeri 8 (1-10)O:-wajah pasien masih terlihat menyeringai-skala nyeri masih belum berkurangP: nyeri saat batuk Q: cenut-cenutR: dada kiri S: 8(1-10)T: terus menerus-pasien belum dapat mengontrol nyeri dengan relaksasi napas dalamA : masalah belum teratasiP : Lanjutkan intervensi no 1,2,3,4 | **Fy****Fy****Fy** |

53

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 24331,2 | 09.0009.2510.0010.2510.40 | T: terus menerus(pada saat batuk)-Mengajarkan pasien teknik mengurangi nyeri non farmakologi (teknik nafas dalam).-Mengkaji tanda-tanda anemia, pasien kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, dasar kuku pucat.-Memonitor hasil Laboratorium-Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilitas, pasien hanya terlihat tirah baring dan pasien nampak lemah- Mengajarkan pasien toileting agar mobilitas fisik terpenuhi dan memonitor tanda vital jika terjadi perubahan saat melakukan aktivitas-Keluhan sesak bertambah dan skala nyeri dari 8(1-10) menjadi 9(1-10), advis dokter penangung | **Fy****Fy****Fy****Fy****Fy** |  |  | **Fy** |

54

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1,2,32,4111 | 11.0012.0013.0013.4014.00 | jawab untuk kolaborasi foto thorax bed-Obsevasi TTV dengan hasil TD: 90/60 mmHgN: 110x/menit S: 37,6°CRR: 24x/menit Spo2: 98%-Hasil kolaborasi pemberian Methly Prednison injeksi IV 125mg/5ml-Vitamin penambah darah Sangobin 1 tablet-Buscopan 1 tablet-Mengkaji batuk, pasien mengeluh susah batuk tetapi bisa mengeluarkan dahak-Mengajarkan batuk efektif, jika batuk terasa nyeri dilakukan secara perlahan, baik dilakukan untuk memaksimalkan dahak yang keluar | **Fy****Fy****Fy****Fy****Fy** |  | Diagnosa 3 S :-pasien mengatakan masih merasakan lelah dan lemas saat beraktivitas, jalan beberapa langkah sudah lelahO :* Pasien masih tampak pucat
* Akral hangat
* Konjungtiva anemis

RBC 2.96 (normal 3.5-5.5)HGB 9.2 (normal 13.2-17.3)HCT 26.7 (normal 37.0-54.0)PLT 99 (normal 150.0-450.0)* CRT >3 detik

A: Masalah belum teratasiP: Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4 |  |

55

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3,4 | 14.00 | -Edukasi keluarga untuk segera membuang dahak yang telah dikeluarkan-Memotivasi pasien untuk makan sesuai porsi yang telah diberikan dalam pembentukan kadar hemoglobin dalam darah | **Fy** |  |  |  |

56

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1144 | 29-01-202008.0008.2009.0009.00 | -Melakkan pengkajian status pernafasan, pasien mengatakan sesak berkurang dengan terbantu O2 masker dengan flow meter10 lpmI: pergerakan dada kiri sedkit lambat, bentuk dada normo chest, irama nafas reguler, RR: 24x/menitP: fremitus vocal pada Tn. A menurunP: suara paru sonorA: terdengar suara grok-grok-Edukasi pasien untuk posisi semi fowler/fowler untuk mengurangi sesak-Hasil kolaborasi didapatkan tranfusi darah PRC golongan darah B-Memonitor saat dilakukan tranfusi darah, dan mengedukasi keluarga untuk segera melapor bila terjadi ketidak cocokan (gatal-gatal, panas) | **Fy****Fy****Fy** |  |  | **Fy** |

57

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 22433 | 09.2009.3009.4010.0010.15 | -Mengkaji tingkat nyeri, pasien mengatakan masih nyeriP: nyeri dada saat batuk Q: cenut\_cenutR: dada kiri S: 9(1-10)T: terus menerus(pada saat batuk)-Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik nafas dalam)-Mengkaji tanda-tanda anemia dan memonitor tindikan tranfusi darah, edukasi keluarga pasien bila terjadi alergi saat tranfusi (badan panas, gatal) segera lapor ke perawat-Hasil kolaborasi akan dilakukan pungsi pleura, meminta Inform Consend kepada keluarga pasien-Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilitas, pasien hanya tirah baring ditempat tidur dan pasien tampak lemah | **Fy****Fy****Fy****Fy****Fy** |  | Diagnosa 4 S :-pasien mengatakan masih kelelahan jikaberaktivitas dan badannya masih lemasO :* Pasien belum mampu turun dari tempat tidur secara mandiri
* Pasien masih terlihat lemas
* Pasien belum mampu mobilisasi sendiri diarea tempat tidur dan kamar perawatan

A: Masalah belum teratasiP: Lanjutkan intervensi no 1,2,3,4 |  |

58

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 31,2,311,41 | 10.2010.4011.0012.0012.15 | - Mengajarkan pasien toileting agar mobilitas fisik terpenuhi dan memonitor tanda vital jika terjadi perubahan saat melakukan aktivitas-Obsevasi TTV dengan hasil TD: 110/70 mmHgNadi: 108x/menit Suhu: 36,1°CRR: 22x/menit Spo2: 96%EWS: 7-Edasi keluarga untuk melakukan kompres air biasa-Hasil kolaborasi dilaksanakan pungsi pleura dengan dokter paru, didapatkan cairan berwarna kuning keruh dengan konsentrasi 30cc-Hasil kolaborasi pemberian vitamin sangobion 1 tablet-Ramuan batuk 1 cap-Monitoring alergi dalam pemberian obat ramuan batuk | **Fy****Fy****Fy****Fy** |  |  |  |

59

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1,2,31 | 13.0014.00 | -Anjurkan pasien untuk relaksasi-Memonitor batuk, ajarkan batuk efektif untuk memaksimalkan dahak yang keluar | **Fy Fy** |  |  |  |

60

# Evaluasi Sumatif

**Tabel 3.9 Evaluasi Sumatif pada Tn.K dengan Diagnosa Medis Anemia + Efusi Pleura**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Evaluasi Sumatif** |
| 12 | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubugan dengan hipersekresi jalan nafasNyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis | Tanggal 03 Mei 2021S:Pasien mengatakan masih sesak dan batuk belum efektifO:-Tampak batuk belum efektif-Sputum belum berkurang-Masih terdapat suara grok-grok-RR: 20x/menitA: Masalah belum teratasiP: Intervensi dilanjutkan S:Pasien mengatakan dada masih tidak nyeri saat batukO:-Pasien masih mengeluh nyeri-Pasien nampak menyeringai |

61

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 34. | Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobinIntelorensi aktivitas berhubungan dengan kelemahan | -Skala nyeri 8 dari 1-10 A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkanS:Pasien mangatakan bila beraktivitas masih terasa lelah, pusing berkunang-kunag terkadang terjadiO:-Pasien nampak pucat-Konjungtiva anemis-Warna kuku dasar pucat A: Belum teratasiP: Intervensi dilanjutkanS :-pasien mengatakan masih kelelahan jikaberaktivitas dan badannya masih lemasO :* Pasien belum mampu turun dari tempat tidur secara mandiri
* Pasien masih terlihat lemas
* Pasien belum mampu mobilisasi sendiri diarea tempat tidur dan kamar perawatan

A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi |

# BAB 4 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang data kasus yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada kliendengan diagnosa medis Anemia + Efusi Pleura di Ruang H1 Rsal Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

# Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

1. Keluhan Utama

Pada tinjauan pustaka pasien dengan diagnosa anemia keluhan utama biasanya ditandai dengan kelemahan, pucat, pusing dan riwayat penyakit sekarang klien dengan anemia biasanya pucat, kelemahan, sesak nafas, sampai adanya gejala gelisah, diaforesis sampai dengan penurunan kesadaran. Pada pemeriksaan fisik keadaan umum klien dengan anemia keadaan tampak lemah sampai dengan sakit berat dengan kesadaran composmetis sampai terjadi penurunan tingkat kesadaran apatis, somnolen-sopor-coma. Dengan tanda-tanda vital tekanan darah menurun (110/60 - 70/60 mmHg), frekwensi nadi meningkat, kuat sampai lemah (60-100 x/menit), suhu bisa meningkat atau menurun (36,5 – 37, 2 °C), pernafasan meningkat hingga sampai 20-30 x/menit. Pemeriksaan persistem dengan kulit teraba dingin, keringat yang berlebihan, pucat, terdapat perdarahan dibawah kulit, kepala biasanya bentuk dalam

68

batas normal, mata kelainan tidak ada, konjungtiva anemis, sklera tidak ikteik, terdapat perdarahan sub conjungtiva, keadaan pupil, palpebra, reflek cahaya biasanya tidak adakelainan,hidung dengan bentuk normal dengan fungsi penciuman biasanya tidak ada kelainan,telinga dengan fungsi pendengaran tidak ada kelainan, mulut mukosa kering,terdapat perdarahan gusi, lidah kering, bibir pecah-pecah, atau adanya perdarahan, leher terdapat pembesaran kelenjar getah bening, thryroid lidah membesar, tidak ada distensi vena jugularis, thoraks dengan pernafasan cepat dan irama tidak teratur, fremitus yang meninggi, percusi dada terdengar sonor, suara nafas bisa vesikuler atau ronchi, wheezing, irama jantung tidak teratur, abdomen cekung dengan pembesaran hati, nyeri abdomen, bising usus bisa normal/dibawah normal/meningkat, ekstremitas terjadi kelemahan, nyeri pada ekstremitas, tonus otot kurang, akral dingin dengan reflek fasiologis (+) seperti reflek patela, reflek patologi (-) seperti babinski, tanda keriq (-) (Wijaya & Putri, 2013).

1. Riwayat penyakit sekarang

Pada pengkajian di tinjauan pustaka mengacu pada pengkajian persistem sedangkan di tinjauan kasus penulis menggunakan format pengkajian B1 – B6. Pada pengkajian klien tidak didapatkan diaforesis atau penurunan kesadaran karena klien sebelumnya pernah rawat inap dan mendapatkan tranfusi darah 2 bag darah. Sebelum dibawa kerumah sakit dan saat pengkajian klien didapatkan kondisi lemah dengan tekanan darah 100/60 mmHg. Pada tinjauan kasus didapatkan klien tidak mengalami perdarahan dibawah kulit, perdarahan sub conjungtiva, perdarahan gusi, kemungkinan terjadinya anemia pada pasien dikarenakan pasien kekurangan makanan asupan zat besi dan asupan makanan kaya vitamin B12 dan folat . Pada tinjauan pustaka terdapat pembesaran kelenjar getah bening, thyroid lidah

membesar dan pembesaran hati, pada saat pengkajian sistem klien tidak mengalami pemebesaran kelenjar getah bening, tidak mengalamai pemebesaran thryroid lidah dan tidak didapatkan pembesaran hati.

1. Riwayat penyakit dahulu

Pada tinjauan pustaka didapatkan pasien sebelumnya tidak pernah mempunyai riwayat anemia atau perdarahan yang hebat tetapi pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes. Penulis berasumsi anemia terjadi dikarenakan pasien kekurangan Hb akibatnya sel-sel dalam tubuh tidak mendapat cukup oksigen dan tidak berfungsi secara normal.

# Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada tinjauan pustaka diagnosis pada kasus Anemia adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI Hal 172).
2. Intolerensi aktifitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI Hal 128).
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI Hal 37)
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI Hal 240)

Dari hasil pengkajian pasien dapat diagnosa yang dapat dimunculkan adalah sebagai berikut :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
2. Intelorensi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

71

69

# Perencanaan

Pada perencaan meliputi perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan yang menggunakan kriteria hasil mengacu pada pencapaian tujuan.

Pada tinjauan kasus perencanaan juga menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, akan tetapi penulis juga ingin berupaya memandirikan pasien dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui eduakasi/peningkatan pengetahuan (Kognitif), ketrampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor).

Dalam tujuan tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang ditetapkan.

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2 x 24jam diharapkan perfusi perifer kembali normal dengan kriteria hasil: Pasien tidak pucat, membran mukosa merah mudah, akral hangat, -Konjungtiva tidak anemia, Kadar Hb dalam batas normal (13.2-17.3), Leukosit dalam batas normal (150.0-450.0)

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, Tujuan :Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapakan pasien mampu memenuhi kebutuhan aktivitasnya secara mandiri dengan Kriteria hasil : Pasien mampu turun dari tempat tidur dan melakukan aktivitas kebutuhannya secara mandiri,

Pasien mampu mobilisasi sendiri di area tempat tidur dan kamar perawatan,Pasien tidak terlihat lemas

# Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan perwujutan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan semuanya karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan implementasi ini ada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: adanya kerja sama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dilakukan asuhan keperawatan dengan Mengkaji tanda-tanda anemia, mengkaji pemeriksaan fisik pada pasien berupa kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, Memonitor hasil Laboratorium untuk mngetahui kadar hemoglobin dalam sel darah merah, Mengedukasi pasien untukmakan dengan porsi yang telah disediakan agar mempercepat pembentukan hemoglobin dalam darah, kolaborasi dalam pemberian tranfusi darah dan vitamin yang mengandung zat besi, memonitor saat tranfusi darah apabila ada ketidak cocokan dalam tranfusi.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dilakukan asuhan keperawatan dengan Mengkaji kemampuan pasien untuk mobilitas, pasien hanya bisa mobilitas diatas tempat tidur, Mengajarkan pasien toileting agar mobilitas fisik terpenuhi dan memonitor tanda vital jika terjadi perubahan saat melakukan aktivitas, memotivasi pasien untuk melakukan mobilitas walau sebentar tetapi harus terlaksana (berdiri dari tempat tidur, makan sendiri, mengganti pakaian sendiri)

# Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi keperawatan merupakan preskipsi untuk perilaku spesifik yang diharapkan oleh klien, atau tindakan yang menjadi tugas perawat. Tindakan atau evaluasi keperawatan dipilih untuk membantu klien dalam mencapai hasil yang diharapkan dan mengetahui perkembangan baik/buruknya kedaan klien. Tindakan/evaluasi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas, dimulai dengan penulisan kata kerja aksi.

Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung. Evaluasi merupakan tahap terakhir dari sebuah proses keperawatan dengan cara menialai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dilaksankan asuhan keperawatan 2x24jam Hb pasien belum teratasi dengan dilakukan tindakan kolaborasi tranfusi darah dan pemberian vitamin mengandung zat besi juga belum teratasi hingga penulis memantau tanggal 03 Mei 2021 Hb pasien masih 9,5 g/dL (13,2-17,3), akan terus dilakukan asuhan keperawatan dengan petugas kesehatan ruangan H1.

Dan untuk Intoleransi aktivitas berhubungan kelemahan dengan asuhan keperawatan 2x24jam kelemahan juga belum teratasi pasien masih mengalami kelehaman, tidak ada peningkatan. Pasien hanya tirah baring ditempat tidur, aktivitas masih dibantu dengan keluarga, setiap penulis melakukan pengkajian selalu diberi motivasi agar pasien semangat dalam beraktivitas. Tindakan asuhan keperawata dilanjutka dengan petugas kesehatan ruang H1.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai walau belum teratasi, karena adanya kerjasama antara pasien, keluarga dan tim kesehatan sehingga pada saat penulis menyelesaikan tugas sebagai mahasiswa praktek Tn. K tetap dilakukan Asuhan Kaperawatan dengan petugas kesehatan ruang H1.

# BAB 5 PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Anemia di ruang H1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Anemia.

# Kesimpulan

Anemia merupakan suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin di dalam tubuh kurang dari batas normal. Kadar normal hemoglobin darah dalam tubuh umumnya berbeda pada laki-laki dan perempuan. Keadaan ini dimana masa eritrosit atau masa hemoglobin yang beredar di dalam tubuh tidak memenuhi fungsinya untuk menyediakan oksigen bagi seluruh tubuh ke jaringan tubuh.

* + 1. Pada pengkajian pasien Anemia Tn. K didapatkan pasien mengeluh badan lemas, pusing, mata berknang-kunang dengan keadaan compometis, didapatkan TTV, TD:` 100/60 mmHg, Nadi: 87 x/menit, Suhu: 36,9 °C, RR: 24, Spo2: 96%. Saat pemeriksaan Inspeksi di dapatkan bentuk dada normochest dan gerakan dinding dada asimetris dengan pergerakan dada kiri tidak seirama dengan dada kanan, irama nafas reguler, RR 20 x/mnt, pernapasan melalui hidung, pasien terlihat batuk tidak efektif dengan mengeluarkan sputum kental berwarna coklat. Pada saat pemeriksaan Perkusi, suara napas sonor, fremutus vocal menurun, pergerakan dinding kiri lebih lambat dan di dapatkan nyeri saat batuk P: nyeri saat bernapas, Q: cenut-cenut, R: dada sebelah kiri, S: 8 (1-10), T: saat bernafas dan batuk. Saat pemeriksaan Auskultasi di dapatkan suara napas tambahan Grok-Grok saat batuk.

75

Pada pemeriksaan Inspeksi adanya nyeri dada pada saat batuk dan bernapas, pada pemeriksaan Palpasi CRT >3 detik, akral teraba dingin, dasar kuku pucat, konjungtiva anemis, kulit pucat, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Pada pemeriksaan Auskultasi bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada edema, irama jantung reguler, Nervus Kranial I: Pasien mampu membau minyak kayu putih, terbukti dengan istri Tn. K mengoleskan minyak kayu putih. Nervus Kranial II: pasien mampu melihat normal dari lapang dekat. Nervus Kranial III: pasien mampu mengedipkan matanya. Nervus Kranial IV: pasien mampu menggerekan bola matanya keatas dan kebawah. Nervus Kranial V: pasien mampu mengunyah. Nervus Kranial VI: pasien mampu melirik ke samping, Nervus Kranial VII: pasien mampu merasakan manis, asam dan pasien dapat mengerutkan dahi saat nyeri. Nervus Kranial VIII: pasien mampu mendengar dengan jelas, terbukti dengan bila diberi pertanyaan pasien mampu menjawab sesuai dengan pertanyaan yang diberikan. Nervus Kranial XI: pasien dapat merasakan manis, misalnya minum teh/air kacang hijau. Nervus Kranial X: pasien mampu menelan. Nervus Kranial XI: pasien mampu menggerkan kepala dan leher, dibukti dengan pasien menoleh ke kanan dan ke kiri. Nervus Kranial XII: pasien mampu menggerakan lidah ke atas, ke bawah, ke kiri dan ke kanan. Pada pemeriksaan fisik wajah dan mata. Mata simetris, pupil isokor +/+, konjuntiva anemis, reflek cahaya ada +/+, sklera normal Pada pemeriksaan fisik pendengaran. Telinga simetris dan tidak ada gangguan pada telinga

Pada pemeriksaan Inspeksi rambut, kuantitas tipis, penyebaran jarang. Pada pemeriksaan Palpasi rambut, tekstur halus dan rapuh. Pada pemeriksaan Palpas

kulit kepala, tidak ada benjolan/ lesi. Pada pemeriksaan Inspeksi kuku, warna pucat, bentuk normal.

Pada pemeriksaan Inspeksi, pasien hanya tiduran di tempat tidur dan sering kali posisi semi fowler, ROM terbatas, dengan kekuatan otot 4444,4444,4444,4444

* + 1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dan intelorensi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
		2. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien Anemia adalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin berhubungan dengan adanya kondisi dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin di dalam tubuh kurang dari batas normal. dimana masa eritrosit atau masa hemoglobin yang beredar di dalam tubuh tidak memenuhi fungsinya untuk menyediakan oksigen bagi seluruh tubuh ke jaringan tubuh, setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Pasien tidak pucat, membran mukosa merah mudah, akral hangat, Konjungtiva tidak anemia, Kadar Hb dalam batas normal (13.2-17.3), Leukosit dalam batas normal (150.0-450.0).
		3. Intelorensi aktivitas berhubungan dengan kelemahan kondisi ini disebabkan karena efek dari diagnosis keperawatan intelorensi aktivitas, karena sel dalam tubuh ke kurangan oksigen dan dapat menurunkan massa kerja otot, setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Pasien mampu turun dari tempat tidur dan melakukan aktivitas kebutuhannya secara mandiri, Pasien mampu mobilisasi sendiri di area tempat tidur dan kamar perawatan, Pasien tidak terlihat lemas
		4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan Anemia menganjurkan keluarga pasien untuk makan makanan yang seimbang tinggi kalori tinggi protein, vitamin, suplemen besi tambahan untuk meningkatkan kadar

hemoglobin pasien. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan pasien dan keluarga secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan memotivasi pasien untuk melakukan aktivitas walaupun hanya aktivitas ringan, memberikan edukasi supaya kekuatan otot pada pasien tidak semakin menurun.

* + 1. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat terlaksana karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn. K sudah sesuai terlaksana namun belum tercapai dan belum teratasi, hingga saat penulis menyelesaikan praktikum pasien masih rawat inap.

# Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

* + 1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan bina hubungan saling percaya (BHSP) dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
		2. Perawat sebagai petugas kesehatan pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup dalam melakukan asuhan keperawatan serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Anemia.
		3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehaan pasien yang tak kunjung membaik.
1. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan dalam asuhan keperawatan
2. Mengembangkan dan meningkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

# DAFTAR PUSTAKA

Handayani, W. dan H. A. S. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Hematologi*. Salemba Medika.

Nuraeni, R., Sari, P., Martini, N., Astuti, S., & Rahmiati, L. (2019). Peningkatan Kadar Hemoglobin melalui Pemeriksaan dan Pemberian Tablet Fe Terhadap Remaja yang Mengalami Anemia Melalui “Gerakan Jumat Pintar.” *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (Indonesian Journal of Community Engagement)*, *5*(2), 200. https://doi.org/10.22146/jpkm.40570

Padila. (2012). *keperawatan medikal bedah*. nuha medika.

*PEDOMAN DIAGNOSA DAN TERAPI BAG/SMF. ILMU BEDAH*. (2010). FK.

Unair Surabaya.

Proverawati, A. (2011). *Anemia dan Anemia Kehamilan*. nuha medika. Smeltzer, susan c. (2013). *keperawatan medikal bedah*. ECG.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI.2017.*Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.*Edisi 1.Jakarta:Dewan pengurus pusat PPNI

Tim Pokja SLKI DPP PPNI.2019.*Standar Luaran Keperawatan Indonesia.*Edisi 1.Jakarta:Dewan pengurus pusat PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI.2018.*Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.*Edisi 1.Jakarta:Dewan pengurus pusat PPNI

Wijaya, andra saferi, & Putri, yessie mariza. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*

*2*. nuha medika.

# SOP TRANSFUSI DARAH

**Pengertian** : Tranfusi darah merupakan tindakan yang dilakukan bagi klien yang memerlukan darah dengan memasukkan darah melalui vena dengan menggunakan set tranfusi.

# Tujuan :

1. Meningkatkan volume darah sirkulasi (setelah pembedahan, trauma, atau perdarahan).
2. Meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada klien anemia berat.
3. Memberikan komponen selular tertentu sebagai terapi sulih (misalnya, faktor pembekuan untuk membantu mengontrol perdarahan pada pasien hemofilia).

# Persiapan Alat

1. Kateter besar (18G atau 19G)
2. Cairan IV salin normal (Nacl 0.9%)
3. Set infuse darah dengan filter
4. Produk darah yang tepat
5. Sarung tangan sekali pakai
6. Kapas alcohol
7. Plester
8. Manset tekanan darah
9. Stetoskop
10. Thermometer
11. Format persetujuan pemberian transfusi yang ditanda tangani

# Prosedur

1. Jelaskan prosedur kepada klien, kaji pernah atau tidak klien menerima transfusi sebelumnya dan catat reaksi yang timbul
2. Minta klien untuk melaporkan adanya menggigil, sakit kepala, gatal-gatal atau ruam dengan segera
3. Pastikan bahwa klien telah menandatangani surat persetujuan
4. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan
5. Pasang selang IV dengan menggunakan kateter berukuran besar
6. Gunakan selang infuse yan memiliki filter didalam selang
7. Gantungkan botol larutan salin normal 0.9% untuk diberikan setelah pemberian infuse darah selesai
8. Ikuti protokol lembaga dalam mendapatkan produk darah dari bank darah
9. Identifikasi produk darah dan klien dengan benar
10. Ukur tanda vital dasar klien
11. Berikan dahulu larutan salin normal. Mulai berikan transfuse secara perlahan diawali dengan pengisian filter didalam selang
12. Atur kecepatan sampai 2 ml/menit untuk 15 menit pertama dan tetaplah bersama klien.
13. Monitor tanda vital setiap 5 menit selama 15 menit pertama transfusi, selanjutnya ukur setiap jam.
14. Pertahankan kecepatan infus yang di programkan dengan menggunakan pompa infus.
15. Lepas dan buang sarung tangan, cuci tangan.