

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.Y DENGAN ANEMIA
DI RUANG RAWAT INAP AMBUN SURI LANTAI III
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2018**



OLEH :

**ANDI SAPUTRA
NIM : 1514401002**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.Y DENGAN ANEMIA
DI RUANG RAWAT INAP AMBUN SURI LANTAI III
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Program
Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat*



OLEH :

ANDI SAPUTRA
NIM : 1514401002

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus, Juli 2018

**Andi Saputra
Nim : 1514401002**

**Asuhan Keperawatan Pada Ny.Y Dengan Anemia di Ruang Rawat Inap
Ambun Suri Lantai III RSUD Dr. Achmad Mochtar**

V BAB + 90 Halaman + 1 Gambar + 10 Tabel + 5 Lampiran

ABSTRAK

Pembangunan kesehatan merupakan upaya memenuhi salah satu hak dasar masyarakat yaitu hak memperoleh pelayanan kesehatan. Di Indonesia, menuju derajat kesehatan yang optimal belum sepenuhnya tercapai. Ini disebabkan oleh masih tingginya angka kejadian Anemia. Angka kejadian Anemia termasuk penyakit terbanyak di Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi. Anemia merupakan penurunan kapasitas darah dalam membawa oksigen; hal tersebut dapat terjadi akibat penurunan Sel Darah Merah (SDM), dan / atau penurunan hemoglobin (Hb) dalam darah, ditandai dengan lemah, letih, lesu, mata berkunang-kunang, daya pikir menurun, dan daya tahan tubuh menurun. Ny.Y berusia 77 tahun, dengan keluhan wajah pucat Hb 8.1 g/dL, sehingga prioritas diagnosa keperawatan adalah Perfusi perifer tidak efektif, Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Defisit perawatan diri. Rencana tindakan keperawatan Perfusi perifer tidak efektif evaluasinya masalah teratasi sebagian, Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh evaluasinya masalah teratasi, Defisit perawatan diri masalah teratasi sebagian. Saran kepada institusi rumah sakit untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Anemia dengan baik dan berkompeten.

Kata kunci : Anemia, Perfusi perifer tidak efektif, Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Defisit perawatan diri.

¹ Mahasiswa D III Keperawatan STIKes Perintis Padang

² Pembimbing Karya Tulis Ilmiah Laporan Studi Kasus

**HIGH SCHOOL OF HEALTH SCIENCES PERINTIS BUKITTINGGI
DIII STUDY NURSING PROGRAM**

Scientific Papers, Case Study Report, July 2018

Andi Saputra

Nim : 1514401002

**Nursing Care In Mrs.Y With Anemia In Ambun Suri At Floor III Regional
General Hospitals Dr. Achmad Mochtar**

Chapter V + Pages 90 + 1 Picture + Table 10 + Attachments 5

ABSTRACT

Health development is an effort to fulfill one of the basic rights of the society, namely the right to obtain health services. In Indonesia, to the optimal health level has not been fully achieved. This is due to the high incidence of anemia. The incidence rate of anemia includes most diseases in Achmad Mochtar Bukittinggi Hospital. Anemia is a decrease in blood capacity in carrying oxygen; it can occur due to decreased Red Blood Cell (HR), and / or decreased hemoglobin (Hb) in the blood, characterized by weakness, fatigue, lethargy, blurred eyes, decreased thinking power, and decreased immune system. Ny.Y is 77 years old, with pallid facial complaints Hb 8.1 g / dL, so the priority of nursing diagnosis is peripheral perfusion is ineffective, nutritional imbalance is less than body needs, self care deficit. Nursing action plan Peripheral perfusion is ineffective evaluation of partially resolved problems, Nutrition imbalance is less than body needs evaluation of the problem resolved, Self-care deficit problem is partially resolved. Advice to hospital institutions to apply nursing care to Anemia patients with good and competent.

Keywords : Anemia, peripheral perfusion is not effective, lack of balance of nutrients less than body needs, self-care deficit.

1 Student D III Nursing STIKes Perintis Padang

2 Scientific Writing Guide Case Study Report

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Andi Saputra
NIM : 1514401002
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.Y Dengan Anemia Di
Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai III RSUD Dr.
Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 17 Juli 2018

Dewan Penguji

Penguji I,



Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
NIK. 1440114098511072

Penguji II,



Ns. Ida Survati, M.Kep
NIK. 1420130047501027

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Andi Saputra
NIM : 1514401002
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan Anemia Di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.


Bukittinggi, 09 Juli 2018

Pembimbing,



Ns. Ida Survati, M. Kep
NIK 1420130047501027

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, S. Kep, M. Kep
NIK 1420123106993012

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji syukur kehadirat Allah Swt penulis ucapkan, karena telah memberi nikmat kesehatan, kekuatan, pikiran yang jernih dan keterbukaan hati sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Studi Kasus ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan PadaNy.Y Dengan Anemia Di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai IIIRSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”**.

Selama proses penyusunan Laporan Studi Kasus ini penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan yang setulusnyayang telah banyak meluangkan waktu, pikiran dan tenaganya dalam membimbing penulis dengan sabar dan penuh keikhlasan menyelesaikan laporan studi kasus ini.

Selanjutnya penulis mengucapkan terima kasihkepada :

1. Bapak Yendrizaral Jafri,SKp,M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns.Endra Amalia,M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis.
3. Bapak Ns.Ida Suryati,M.Kep selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan dan masukan dengan penuh kesabaran.
4. Ibu Ns.Yenita Roza,S.Kep selaku pembing klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
5. Direktur RSUDDr. Achmad Moctar Bukittinggi beserta staf yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan ujian akhir program studi D III Keperawatan.
6. Kepada bapak dan ibu dosen dari Prodi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

7. Terkhusus kepada kedua orang tuaku tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moril maupun material serta do'a yang tulus dan ikhlas demi kesuksesan penulis.
8. Kepada teman-teman mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang, khususnya Program Studi DIII Keperawatan yang bersama dalam suka maupun duka serta membantu penulisan dan menyelesaikan laporan studi kasus ini.

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Amin.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL

PERNYATAAN PERSETUJUAN

PERNYATAAN PENGUJI

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... ii

DAFTAR GAMBAR..... iii

DAFTAR TABEL iv

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Tujuan 4

1.2.1. Tujuan Umum 4

1.2.2. Tujuan Khusus..... 4

1.3 Manfaat Penelitian 4

1.3.1 Bagi Mahasiswa 4

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan 5

1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit..... 5

1.3.4 Bagi Penulis..... 5

1.3.5 Bagi Klien 5

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar 6

2.1.1. Pengertian..... 6

2.1.2. Anatomi dan Fisiologi..... 7

2.1.3. Etiologi	14
2.1.4. Manifestasi Klinis	19
2.1.5. Patofisiologi dan WOC	21
2.1.6. Pemeriksaan Penunjang.....	24
2.1.7. Penatalaksanaan	25
2.1.8. Komplikasi	28
2.2 Asuhan Keperawatan	29
2.2.1 . Pengkajian.....	29
2.2.2 . Kemungkinan Diagnosa yang Muncul	38
2.2.3 . Intervensi	39
2.2.4 . Implementasi.....	44
2.2.5 . Evaluasi.....	44

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	45
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	66
3.3 Intervensi.....	67
3.4 Implementasi dan Evaluasi	70

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian	80
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	82
4.3 Intervensi.....	83
4.4 Implementasi	84
4.5 Evaluasi	87

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan 87

5.2 Saran..... 88

DAFTAR PUSTAKA 89

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Sel Darah	7
------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Kriteria kadar / nilai HB pada Anemia.....	8
Tabel 2.2 : Pembagian derajat Anemia menurut WHO dan NCI.....	8
Tabel 2.3 : Intervensi Rencana Asuhan Keperawatan.....	39
Tabel 3.1 : NERVUS.....	51
Tabel 3.2 : Data Biologis.....	53
Tabel 3.3 : Data Penunjang	56
Tabel 3.4 : Data Pengobatan.....	61
Tabel 3.5 : Analisa Data	65
Tabel 3.6 : Intervensi.....	67
Tabel 3.7 : Implementasi	70

DAFTAR LAMPIRAN

Daftar Hadir Bimbingan Kasus	
Lembar Konsul Bimbingan	
Lembar Konsul Bimbingan Revisi.	
Lembar Konsul Bimbingan Rumah Sakit.....	
Lembar Konsul Manuskrip.....	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak fundamental setiap individu yang dinyatakan secara global dalam konstitusi WHO, pada *decade* terakhir telah disepakati komitmen global *Millenium Development Goals (MDGs)* yang menyatakan pembangunan kesehatan adalah pangkal kecerdasan, produktifitas dan kesejahteraan manusia serta Kementerian Kesehatan telah menetapkan visi “ Masyarakat Sehat Yang Mandiri Dan Berkeadilan “ (Kementerian Kesehatan 2011). Pembangunan kesehatan merupakan upaya memenuhi salah satu hak dasar masyarakat, yaitu hak memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat 1 dan Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia yang antara lain suatu komponen utama untuk pendidikan dan ekonomis serta kesehatan yang juga memiliki peran dalam penanggulangan kemiskinan. (Indra, 2010).

Anemia merupakan salah satu masalah kesehatan di seluruh dunia terutama negara berkembang yang diperkirakan 30% penduduk dunia menderita anemia. Anemia banyak terjadi pada masyarakat terutama pada remaja dan ibu hamil. Anemia pada remaja putri sampai saat ini masih cukup tinggi, menurut World Health Organization (WHO) (2013), prevalensi anemia dunia berkisar 40-88%. Jumlah penduduk usia remaja (10-19 tahun) di Indonesia sebesar

26,2% yang terdiri dari 50,9% laki-laki dan 49,1% perempuan (Kemenkes RI, 2013).

Anemia merupakan salah satu factor penyebab tidak langsung kematian ibu hamil. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia adalah derajat tertinggi bila dibandingkan dengan Negara ASEAN lainnya. Perempuan yang meninggal Karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan mengalami penurunan pada tahun 2013 sebesar 289.000 orang. Target penurunan angka kematian ibu sebesar 75% antara tahun 1990 dan 2015 (WHO, 2015). Jika perempuan mengalami anemia akan sangat berbahaya pada waktu hamil dan melahirkan. Perempuan yang menderita anemia akan berpotensi melahirkan bayi dengan berat badan rendah (kurang dari 2,5 kg). Selain itu, anemia dapat mengakibatkan kematian baik pada ibu maupun bayi pada waktu proses persalinan (Rajab, 2009).

Menurut data hasil Riskesdas tahun 2013, prevalensi anemia di Indonesia yaitu 21,7% dengan penderita anemia berumur 5-14 tahun sebesar 26,4% dan 18,4% penderita berumur 15-24 tahun (Kemenkes RI, 2014). Data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2012 menyatakan bahwa prevalensi anemia pada balita sebesar 40,5%, ibu hamil sebesar 50,5%, ibu nifas sebesar 45,1%, remaja putri usia 10-18 tahun sebesar 57,1% dan usia 19- 45 tahun sebesar 39,5%. Wanita mempunyai resiko terkenan anemia paling tinggi terutama pada remaja putri (Kemenkes RI, 2013).

Indonesia merupakan salah satu dari 45 besar negara dengan jumlah penderita Anemia terbanyak. Pada tahun 2014, Negara yang tergolong tengah berkembang ini baru menempati peringkat ke-30, dengan jumlah penduduk

yang pernah menderita Anemia sebanyak 3,2 juta jiwa. Peringkat ini diprediksi akan naik dua tingkat (menjadi peringkat ke-28) pada tahun 2025.

Sumatera Barat yang mengalami anemia sebesar 72%. Dari hasil laporan Dinas Kesehatan tahun 2013 kejadian anemia adalah 18,7%, tahun 2014 sebanyak 11,2% (Dinas Kesehatan Sumbar, 2013).

Dari data yang di dapat di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai II RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018 dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni ditemukan sebanyak 41 orang yang mengalami penyakit Anemia.

Peran seorang perawat dalam kasus ini adalah memberikan informasi ataupun pendidikan kesehatan kepada pasien mengenai factor penyebab, penanggulangan dan pencegahan dari Anemia tersebut. Lingkungan tempat pasien dirawat juga harus dipelihara nyaman dan seoptimal mungkin disamping itu juga sangat diperlukan juga perhatian perawat dalam cara penanganan pasien dengan Anemia. Keberhasilan program penyembuhan pada pasien dengan Anemia sangat dipengaruhi oleh motivasi perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan yang profesional.

Jenis anemia yang dialami dan gangguan yang dialami oleh klien atau bila keadaan klien memburuk. Anemia bias menyebabkan kerusakan sel otak secara permanen, lebih berbahaya dari kerusakan sel-sel kulit. Sekali sel-sel otak mengalami kerusakan tidak mungkin dikembalikan seperti semula. Dari data yang didapatkan dari klien dan status penulis mencoba menganalisa masalah yang sedang dialami oleh Ny. Y yang dirawat di ruangan Interne Wanita RSUD dr. Ahmad Muchtar Bukittinggi.

1.2. Tujuan

1.2.1. TujuanUmum

Penulis mampu menjelaskan Konsep Asuhan Keperawatan kepada pasien serta melakukan asuhan keperawatan pada pasien Anemia di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

1.2.2. TujuanKusus

- a. Mampu memahami Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Ny. Y dengan Anemia Di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai III RSUDDr. Achmad Mochtar Bukittinggi
- b. Mampum melaksanakan pengkajian pada klien dengan Anemia
- c. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan Anemia.
- d. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan Anemia
- e. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan Anemia
- f. Mampu mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah di berikan pada klien dengan Anemia
- g. Mampu melakukan pembahasan untuk membandingkan tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.

1.3 ManfaatPenulisan

1.3.1 Bagi Mahasiswa

Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman, memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan Anemia di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan laporan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan penerapan asuhan keperawatan yang telah dipelajari di lembaga pendidikan.

1.3.3 Bagi Institusi RumahSakit

Sebagai bahan dan informasi bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit anemia.

1.3.4 Bagi Penulis

Sebagai bahan masukan dan informasi dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada klien dengan penyakit Anemia.

1.3.5 Bagi klien

Membantu klien dalam memperoleh informasi penting tentang penyakit Anemia bagaimana usaha pencegahan, pengobatan, dan perawatan anemia diRumah Sakit.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1. Pengertian

Anemia adalah istilah yang menunjukkan rendahnya hitung sel darah merah dan hematokrit dibawah normal, secara fisiologis, anemia terjadi apa bila terdapat kekurangan jumlah haemoglobin untuk mengangkut oksigen ke jaringan. (Smeltzer,Suzanne C, 2001)

Anemia adalah penurunan kapasitas darah dalam membawa oksigen akibat penurunan produksi sel darah merah, dan / atau penurunan hemoglobin (Hb) dalam darah. Anemia sering didefinisikan sebagai penurunan kadar Hb dalam darah sampai di bawah rentang normal 13,3 gr% (pria), 11,5 gr% (wanita dan 11 gr% (anak-anak) (Fraser, Diane M, 2009).

Anemia adalah penurunan kapasitas darah dalam membawa oksigen; hal tersebut dapat terjadi akibat penurunan Sel Darah Merah (SDM), dan / atau penurunan hemoglobin (Hb) dalam darah. (Fraser Diane dan Cooper A Margaret, 2009)

Sesuai dengan pengertian anemia menurut para ahli, penulis dapat menyimpulkan anemia adalah menurunnya jumlah sel darah merah atau konsentrasi hemoglobin dalam sirkulasi darah menurun.

2.1.2. Anatomi dan Fisiologi

2.1.2.1 Anatomi sistem hematologi

Sistem hematologi tersusun atas darah dan tempat darah diproduksi, termasuk sumsum tulang dan nodus limpa. Darah adalah organ khusus yang berbeda dengan organ lain karena berbentuk cairan. Darah merupakan medium transport tubuh, volume darah manusia sekitar 7% - 10% berat badan normal dan berjumlah sekitar 5 liter. Keadaan jumlah darah pada tiap-tiap orang tidak sama, bergantung pada usia, pekerjaan, serta keadaan jantung atau pembuluh darah. Darah terdiri atas 2 komponen utama, yaitu sebagai berikut :

- 1) Plasma darah, bagian cair darah yang sebagian besar terdiri atas air, elektrolit, dan protein darah.
- 2) Butir-butir darah (blood corpuscles), yang terdiri atas komponen-komponen berikut ini.
- 3) Eritrosit : sel darah merah (Sel Darah Merah ± red blood cell).



Gambar 2.1 Sel Darah

- 4) Leukosit : sel darah putih (Sel Darah Putih ± white blood cell).

5) Trombosit : butir pembeku darah \pm platelet.

Tabel 2.1

Kriteria kadar / nilai HB pada Anemia

No	Jenis kelamin/ usia	Kadar hemoglobin
1	laki-laki	Hb <13gr/dl
2	perempuan dewasa tidak hamil	Hb <12gr/dl
3	Perempuan	Hb <11 gr/dl
4	Anak usia 6-14 tahun	Hb <12gr/dl
5	Anak usia 6 bulan-6 tahun	Hb <11 gr/dl

Untuk kriteria anemia di klinik, rumah sakit, atau praktik klinik pada umumnya dinyatakan anemia bila terdapat nilai sebagai berikut.

1. Hemoglobin <10gr/dl
2. Hematokrit <30%
3. Eritrosit <2,8juta

Tabel 2.2

Pembagian derajat anemia menurut WHO dan NCI (*National Cancer Institute*)

DERAJAT	WHO	NCI
Derajat 0 (nilai normal)	≥ 11.0 g/dL	Perempuan 12.0 - 16.0 g/dL
Derajat 1 (ringan)	9.5 - 10.9 g/dL	Laki-laki 14.0 - 18.0 g/dL
Derajat 2 (sedang)	8.0 - 9.4 g/dL	10.0 g/dL - nilai normal
Derajat 3 (berat)	6.5 - 7.9 g/dL	8.0 - 10.0 g/dL
Derajat 4 (mengancam jiwa)	< 6.5 g/dL	6.5 - 7.9 g/dL < 6.5 g/dL

2.1.2.2 Sel Darah Merah (Eritrosit)

Sel darah merah merupakan cairan bikonkaf dengan diameter sekitar 7 mikron. Bikonkavitas memungkinkan gerakan oksigen masuk dan keluar sel secara cepat dengan jarak yang pendek antara membran dan inti sel. Warna kuning kemerahan-merahan, karena di dalamnya mengandung suatu zat yang disebut Hemoglobin. Komponen eritrosit adalah membrane eritrosit, sistem enzim; enzim G6PD (Glucose6-Phosphatedehydrogenase) dan hemoglobin yang terdiri atas heme dan globin. Jumlah eritrosit normal pada orang dewasa kira-kira 11,5-15 gr dalam 100 cc darah. Normal Hb wanita 11,5 mg% dan Hb laki-laki 13,0 mg%.

Sel darah merah memiliki bermacam antigen :

- 1) Antigen A, B dan O
- 2) Antigen Rh

Proses penghacuran sel darah merah terjadi karena proses penuaan dan proses patologis. Hemolisis yang terjadi pada eritrosit akan mengakibatkan terurainya komponen hemoglobin yaitu komponen protein dan komponen heme.

2.1.2.3 Sel Darah Putih (Leukosit)

Bentuknya dapat berubah-ubah dan dapat bergerak dengan perantaraan kaki kapsul (pseudopodia). Mempunyai macam-macam inti sel, sehingga ia dapat dibedakan menurut inti selnya serta warna bening (tidak berwarna).

Sel darah putih dibentuk di sumsum tulang dari sel-sel bakal. Jenis jenis dari golongan sel ini adalah golongan yang tidak bergranula, yaitu

limfosit T dan B ; monosit dan makrofag; serta golongan yang bergranula
yaitu :

- 1) Eosinofil
- 2) Basofil
- 3) Neutrofil

Fungsi sel darah putih :

- 1) Sebagai serdadu tubuh, yaitu membunuh kuman dan memakan bibit penyakit, bakteri yang masuk ke dalam tubuh jaringan RES (sistem retikulo endotel).
- 2) Sebagai pengangkut, yaitu mengangkut/ membawa zat lemak dari dinding usus melalui limpa terus ke pembuluh darah

Jenis sel darah putih

- 1) Agranulosit

Memiliki granula kecil di dalam protoplasmanya, memiliki diameter 10-12 mikron. Dibagi menjadi 3 jenis berdasarkan pewarnaannya :

- a) Neutrofil

Granula yang tidak berwarna mempunyai inti sel yang terangkai, kadang seperti terpisah-pisah, protoplasmanya banyak berbintik-bintik halus/granula, serta banyaknya sekitar 60-70%.

- b) Eusinofil

Granula berwarna merah, banyaknya kira-kira 24%.

c) Basofil

Granula berwarna biru dengan pewarnaan basa, sel ini lebih kecil daripada eosinofil, tetapi mempunyai inti yang bentuknya teratur.

Eosinofil, neutrofil dan basofil berfungsi sebagai fagosit dalam mencerna dan menghancurkan mikroorganisme dan sisa-sisa sel.

2) Granulosita

a) Limfosit

Limfosit memiliki nucleus besar bulat dengan menempati sebagian besar sel limfosit berkembang dalam jaringan limfe.

1) Limfosit T

Limfosit T meninggalkan sumsum tulang dan berkembang lama, kemudian bermigrasi menuju timus. Setelah meninggalkan timus, sel-sel ini beredar dalam darah sampai mereka bertemu dengan antigen dimana mereka telah diprogram untuk mengenalinya. Setelah dirangsang oleh antigennya, sel-sel ini menghasilkan bahan-bahan kimia yang menghancurkan mikroorganisme dan memberitahu sel darah putih lainnya bahwa telah terjadi infeksi.

2) Limfosit B

Terbentuk di sumsum tulang lalu bersirkulasi dalam darah sampai menjumpai antigen dimana mereka telah diprogram untuk mengenalinya. Pada tahap ini limfosit B mengalami pematangan lebih lanjut dan menjadi sel plasma serta menghasilkan antibodi.

b) Monosit

Monosit dibentuk dalam bentuk imatur dan mengalami proses pematangan menjadi makrofag setelah masuk ke jaringan. Fungsinya sebagai fagosit. Jumlahnya 34% dari total komponen yang ada di sel darah putih.

2.1.2.4 Keping Darah (Trombosit)

Trombosit adalah bagian dari beberapa sel-sel besar dalam sumsum tulang yang terbentuk cakram bulat, oval, bikonveks, tidak berinti, dan hidup sekitar 10 hari. Trombosit berperan penting dalam pembentukan bekuan darah. Fungsi lain dalam trombosit yaitu untuk mengubah bentuk dan kualitas setelah berikatan dengan pembuluh darah yang cedera.

2.1.2.5 Plasma darah

Bagian darah yang encer tanpa sel-sel darah, warnanya bening kekuning-kuningan. Hampir 90% plasma terdiri atas air. Plasma diperoleh dengan memutar sel darah, plasma diberikan secara intravena untuk: mengembalikan volume darah, menyediakan substansi yang hilang dari darah klien.

2.1.2.6 Limpa

Limpa merupakan organ ungu lunak kurang lebih berukuran satu kepalan tangan. Limpa terletak pada pojok atas kiri abdomen dibawah kostae. Limpa memiliki permukaan luar konveks yang berhadapan dengan

diafragma dan permukaan medial yang konkaf serta berhadapan dengan lambung, fleksura, linealis kolon dan ginjal kiri. Limpa terdiri atas kapsula jaringan fibroelastin, folikel limpa (masa jaringan limpa), dan limpa merah (jaringan ikat, sel eritrosit, sel leukosit). Suplai darah oleh arteri linealis yang keluar dari arteri coeliaca.

Fungsi Limpa

- a) Pembentukan sel eritrosit (hanya pada janin).
- b) Destruksi sel eritrosit tua.
- c) Penyimpanan zat besi dari sel-sel yang dihancurkan.
- d) Produksi bilirubin dari eritrosit.
- e) Pembentukan limfosit dalam folikel limpa.
- f) Pembentukan immunoglobulin.
- g) Pembuangan partikel asing dari darah.

2.1.2.7 Fisiologi Sistem Hematologia.

Sebagai alat pengangkut yaitu :

1. Mengambil O₂/zat pembakaran dari paru-paru untuk diedarkan keseluruh jaringan tubuh.
2. Mengangkat CO₂ dari jaringan untuk dikeluarkan melalui paru-paru.
3. Mengambil zat-zat makanan dari usus halus untuk diedarkan dan dibagikan keseluruh jaringan/alat tubuh.
4. Mengangkat/mengeluarkan zat-zat yang tidak berguna bagi tubuh untuk dikeluarkan melalui kulit dan ginjal.

5. Mengatur keseimbangan cairan tubuh.
6. Mengatur panas tubuh.
7. Berperan serta dalam, mengatur pH cairan tubuh
8. Mempertahankan tubuh dari serangan penyakit infeksi.
9. Mencegah perdarahan.

(Handayani, 2008)

2.1.3. Etiologi

2.1.3.1 Berdasarkan ukuran sel darah merah (Varney H,2006)

A. Anemia mikrositik (penurunan ukuran sel darah merah)

- a) Kekurangan zat besi
- b) Talasemia (tidak efektifnya eritropoiesis dan meningkatnya hemolisis yang mengakibatkan tidak ade kuatnya kandungan hemoglobin)
- c) Gangguan hemoglobin E (jenis hemoglobin genetik yang banyak di temukan di Asia Tenggara)
- d) Keracunan timah
- e) Penyakit kronis (infeksi, tumor)

B. Anemia normositik (ukuran sel darah merah normal)

- a) Sel darah merah yang hilang atau rusak meningkat
- b) Kehilangan sel darah merah akut.
- c) Gangguan hemolisis darah
- d) Penyakit sel sabit hemoglobin (sickle cell disease)
- e) Gangguan C hemoglobin
- f) Sterocytosis banyak di temukan di eropa utara
- g) Kekurangan G6PD (glucose-6-phosphate dehi-drogenase)

h) Anemia hemolitik (efek samping obat)

i) Anemia hemolisis autoimun.

C. Penurunan produksi sel darah merah

a) Anemia aplastik (gagal sumsum tulang belakang yang mengancam jiwa)

b) Penyakit kronis (penyakit hati, gagal ginjal, infeksi, tumor)

D. Ekspansi berlebihan volume plasma pada kehamilan dan hidrasi berlebihan

2.1.3.2 Anemia defisiensi zat besi (Fe)

Merupakan anemia yang terjadi karena kekurangan zat besi yang merupakan bahan baku pembuat sel darah dan hemoglobin. Kekurangan zat besi (Fe) dapat disebabkan oleh berbagai hal yaitu :

A. Asupan yang kurang mengandung zat besi.

B. Penurunan resorpsi karena kelainan pada usus atau karena banyak mengonsumsi teh.

C. Kebutuhan yang meningkat

D. Jika kebutuhan Fe tidak dipasok dengan pemberian nutrisi yang mencukupi, maka akan mengalami defisiensi Fe.

2.1.6.3 Anemia megaloblastik

Merupakan anemia yang terjadi karena kekurangan asam folat atau disebut dengan anemia defisiensi asam folat. Asam folat merupakan bahan esensial untuk sintesis DNA dan RNA yang penting untuk metabolisme inti sel.

DNA diperlukan untuk sintesis, sedangkan RNA untuk pematangan sel. Berdasarkan bentuk sel darah, anemia megaloblastik tergolong dalam anemia makrositik, seperti pada anemia pernissiosa. Ada beberapa penyebab penurunan asam folat yaitu :

- A. Masukan yang kurang.
- B. Gangguan absorpsi. Adanya penyakit/ gangguan pada gastrointestinal dapat menghambat absorpsi bahan makanan yang diperlukan tubuh.
- C. Pemberian obat yang antagonis terhadap asam folat. Obat-obat tersebut dapat menghambat kerja asam folat dalam tubuh, karena mempunyai sifat yang bertentangan.

2.1.6.4 Anemia pernissiosa

Merupakan anemia yang terjadi karena kekurangan vitamin B12. Anemia pernissiosa ini tergolong anemia defisiensi asam folat. Bentuk sel darahnya tergolong anemia makrositik normokromik, yaitu ukuran sel darah merah yang besar dengan bentuk abnormal tetapi kadar Hb normal. Vitamin B12 (kobalomin) berfungsi untuk pematangan normoblas, metabolisme jaringan saraf dan purin. Selain asupan yang kurang, anemia pernissiosa dapat disebabkan karena adanya kerusakan lambung, sehingga lambung tidak dapat mengeluarkan sekret yang berfungsi untuk absorpsi B12.

2.1.6.5 Anemia pascaperdarahan

Terjadi sebagai akibat dari perdarahan yang passif (perdarahan terus-menerus dalam jumlah banyak) seperti pada kecelakaan, operasi dan

persalinan dengan perdarahan hebat yang dapat terjadi secara mendadak maupun menahun. Akibat kehilangan darah yang mendadak maka akan terjadi reflek *cardiovascular* yang fisiologis berupa kontraksi arteriol, pengurangan aliran darah ke organ yang kurang vital dan penambahan aliran darah ke organ vital (otak dan jantung). Kehilangan darah yang mendadak lebih berbahaya dibandingkan dengan kehilangan darah dalam waktu lama. Selain reflek kardiovaskuler, akan terjadi pergeseran cairan ekstrasvaskuler ke intravaskuler agar tekanan *osmotic* dapat dipertahankan. Akibatnya, terjadi hemodialisis dengan gejala :

1. Rendahnya Hemoglobin, eritrosit, dan hematokrit
2. Leucositosis
3. Kadang terdapat gagal jantung
4. Kelainan cerebral akibat hiposekemia
5. Menurunnya aliran darah ke ginjal, sehingga dapat menyebabkan oliguria/anuria.

2.1.6.6 Anemia aplastik

Merupakan anemia yang ditandai dengan pansitopenia (penurunan jumlah semua sel darah) darah tepidan menurunnya selularitas sumsum tulang. Berdasarkan bentuk sel darahnya, anemia ini termasuk anemia normisitik seperti anemia pasca perdarahan. Beberapa penyebab terjadinya anemia aplastik adalah:

1. Menurunnya jumlah sel induk yang merupakan bahan dasar sel darah merah. Penurunan sel induk terjadi karena bawaan, selain karena bawaan

penurunan sel induk bisa terjadi karena adanya pemakaian obat-obatan seperti bisulfan, kloranfenikol, dan klopromazina. Obat-obat tersebut mengakibatkan penekanan pada sumsum tulang.

2. Lingkungan mikro (*micro environment*) seperti radiasi dan kemoterapi yang lama dapat mengakibatkan sebab yang fibrinus dan infiltrasi sel.
3. Penurunan poitin, sehingga yang berfungsi merangsang tumbuhnya sel-sel darah dalam sumsum tulang tidak ada.
4. Adanya sel inhibitor (T. limposit) sehingga menekan / menghambat maturasi sel-sel induk pada sumsum tulang.

2.1.6.7 Anemia hemolitik

Merupakan anemia yang terjadi karena umur eritrosit yang lebih pendek/prematur. Secara normal, eritrosit berumur antara 100-120 hari. Adanya penghancuran eritrosit yang berlebihan akan mempengaruhi fungsi hepar, sehingga ada kemungkinan terjadinya peningkatan bilirubin. Selain itu, sumsum tulang dapat membentuk 6-8 kali lebih banyak system eritropoetik dari biasanya, sehingga banyak dijumpai eritrosit dan retikulosit pada darah tepi. Kekurangan bahan pembentuk sel darah, seperti vitamin, protein, atau adanya infeksi dapat menyebabkan ketidakseimbangan antara penghancuran dan pembentukan system eritropoetik. Penyebab anemia hemolitik diduga adalah :

1. *Congenital*, misalnya kelainan rantai Hemoglobin dan defisiensi enzim G6PD

2. Didapat, misalnya infeksi, sepsis, penggunaan obat-obatan, dan keganasan sel

2.1.6.8 Anemia *sickle cell*

Merupakan anemia yang terjadi karena sintesa Hemoglobin abnormal dan mudah rusak, serta merupakan penyakit keturunan (hereditary hemoglobinopathy). Anemia *sickle cell* ini menyerupai anemia hemolitik.

2.1.4. Manifestasi Klinis

Selain beratnya anemia, sebagai faktor mempengaruhi berat dan adanya gejala: (Smelzer, Suzanne C, 2001)

1. Kecepatan kejadian anemia
2. Durasinya (misal. Kronisitas)
3. Kebutuhan metabolisme pasien
4. Adanya kelainan lain atau kecacatan
5. Komplikasi tertentu atau keadaan penyerta yang mengakibatkan anemia.

Semakin cepat perkembangan anemia, semakin berat gejalanya. Pada orang yang normal penurunan hemoglobin, hitung darah merah, atau hematokrit tanpa gejala yang tampak atau ketidakmampuan yang jelas secara bertahap biasanya dapat ditoleransi sampai 50%, sedangkan kehilangan cepat sebanyak 30% dapat menyebabkan kolaps vaskuler pada individu yang sama. Individu yang telah mengalami anemia selama waktu yang cukup lama dengan kadar hemoglobin antara 9 dan 11 mg/dl, hanya mengalami sedikit gejala atau tidak ada gejala sama sekali selain takikardi ringan saat

latihan. *Dispnea* latihan biasanya terjadi hanya dibawah 7,5 g/dl, kelemahan hanya terjadi dibawah 6 g/dl, *dispnea* istirahat dibawah 3 g/dl, dan gagal jantung hanya pada kadar sangat rendah 2-2,5 g/dl.

Pasien yang biasanya aktif lebih berat mengalami berat mengalami gejala, dibanding orang yang tenang. Pasien dengan *hipotiroidisme* dengan kebutuhan oksigen yang rendah bisa tidak bergejala sama sekali, tanpa takikardia atau peningkatan curah jantung, pada kadar hemoglobin dibawah 10 g/dl.

Tanda dan gejala anemia sebenarnya bisa dideteksi . Sebenarnya kita bisa mengenali tanda anemia itu salah satu cara untuk bisa menangani semenjak awal anemia ini dan juga memberikan pengobatan anemia itu sendiri. Tanda anemia bisa berupa :

- a) Klien terlihat lemah, letih, lesu, hal ini karena oksigen yang dibawa keseluruh tubuh berkurang karena media transport hemoglobin berkurang sehingga tentunya yang membuat energy berkurang dan dampaknya adalah lemah, letih dan lesu
- b) Mata berkunang-kunang. Hampir sama prosesnya dengan hal diatas, karena darah yang membawa oksigen berkurang, aliran darah serta oksigen ke otak berkurang pula dan berdampak pada indra penglihatan dengan pandangan mata yang berkunang-kunang
- c) Menurunnya daya pikir, akibatnya adalah sulit untuk berkonsentrasi
- d) Daya tahan tubuh menurun yang ditandai dengan mudah terserang sakit
- e) Pada tingkat lanjut atau anemia yang berat maka klien bisa menunjukkan tanda-tanda detak jantung cepat dan bengkak pada tangan dan kaki.

2.1.5. Patofisiologi disertai WOC (Smelzer, Suzanne C, 2001)

Anemia mencerminkan adanya kegagalan sumsum atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan atau keduanya. Kegagalan sumsum dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor atau kebanyakan akibat penyebab yang tidak diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau hemolisis (destruksi), hal ini dapat akibat efek sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah yang menyebabkan destruksi sel darah merah.

Lisis sel darah merah (disolusi) terjadi terutama dalam sel fagositik atau dalam system retikuloendotelial, terutama dalam hati dan limpa. Hasil samping proses ini adalah bilirubin yang akan memasuki aliran darah. Setiap kenaikan destruksi sel darah merah (hemolisis) segera direfleksikan dengan peningkatan bilirubin plasma (konsentrasi normal ≤ 1 mg/dl, kadar diatas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sclera).

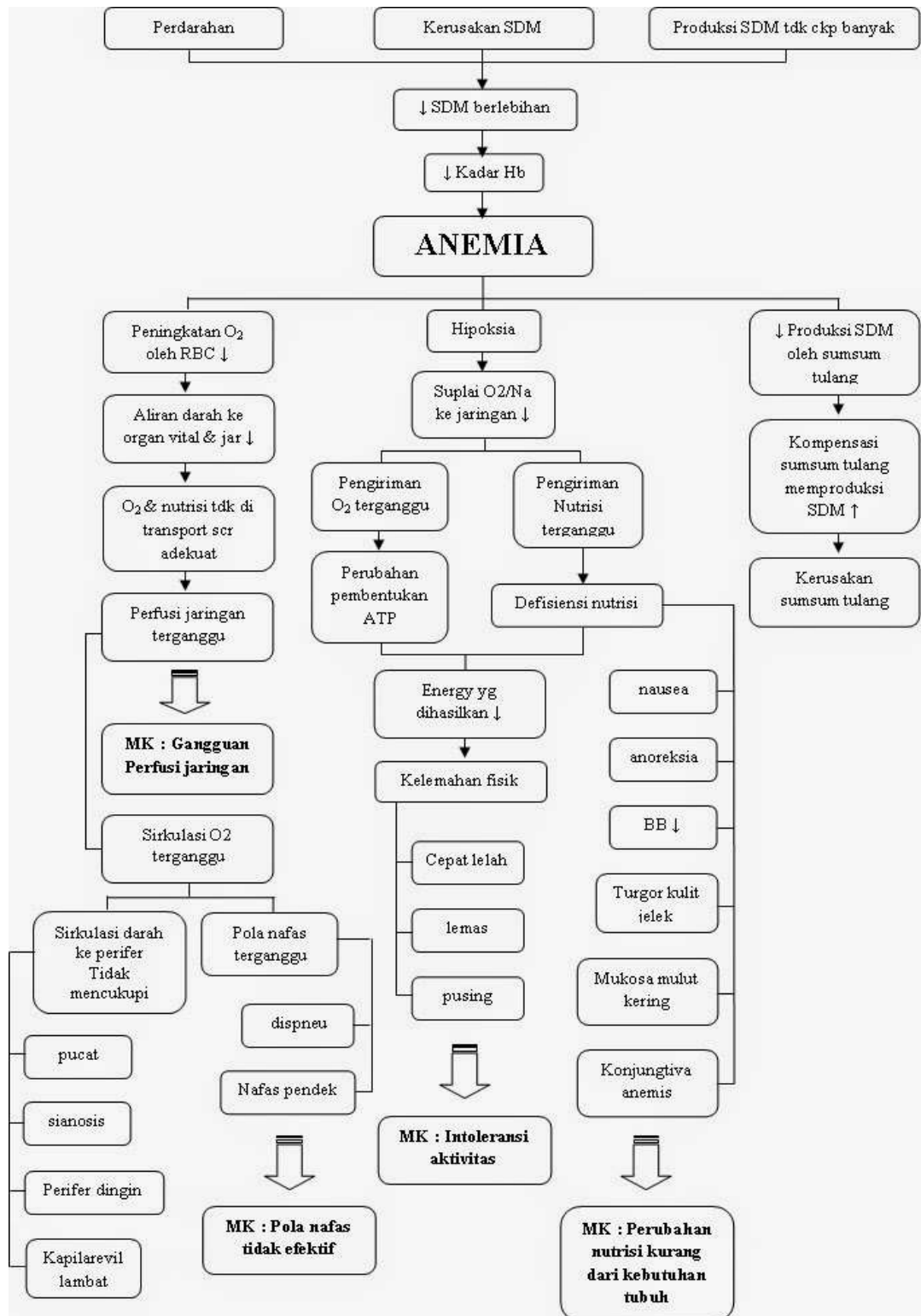
Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi, (pada kelainan hemolitik) maka hemoglobin akan muncul dalam plasma (hemoglobinemia). Apabila konsentrasinya melebihi kapasitas *haptoglobin* plasma (protein pengikat untuk hemoglobin bebas) untuk mengikat semuanya, hemoglobin akan berdifusi dalam glomerulus ginjal dan kedalam urin (hemoglobinuria).

Kesimpulan mengenai apakah suatu anemia pada pasien disebabkan oleh penghancuran sel darah merah atau produksi sel darah merah yang tidak mencukupi biasanya dapat diperoleh dengan dasar:

a) hitung retikulosit dalam sirkulasi darah

b) derajat proliferasi sel darah merah muda dalam sumsum tulang dan cara pematangannya, seperti yang terlihat dalam biopsi; dan ada tidaknya hiperbilirubinemia dan hemoglobinemia

WOC 2.1



menurut Corwin, (2009)

2.1.6. Pemeriksaan penunjang

2.1.6.1 Jumlah darah lengkap (JDL) : hemoglobin dan hematokrit menurun.

Jumlah eritrosit : menurun, menurun berat (aplastik);

2.1.6.2 MCV (molume korpuskular rerata) dan MCH (hemoglobin korpuskular rerata) menurun dan mikrositik dengan eritrosit hipokronik, peningkatan.Pansitopenia (aplastik).

2.1.6.3 Jumlah retikulosit : bervariasi, misal; menurun, meningkat (respons sumsum tulang terhadap kehilangan darah /hemolisis).

Pewarna sel darah merah : mendeteksi perubahan warna dan bentuk (dapat mengindikasikan tipe khusus anemia).

2.1.6.4 Laju Endap Darah : Peningkatan menunjukkan adanya reaksi inflamasi, misal : peningkatan kerusakansel darah merah : atau penyakit malignasi

Masa hidup sel darah merah : berguna dalam membedakan diagnosa anemia, misal : pada tipe anemia tertentu, sel darah merah mempunyai waktu hidup lebih pendek.

2.1.6.5 Tes kerapuhan eritrosit : menurun. Sel Darah Putih : jumlah sel total sama dengan sel darah merah (diferensial) mungkin meningkat (hemolitik) atau menurun (aplastik)

Jumlah trombosit : menurun caplastik; meningkat; normal atau tinggi (hemolitik)

2.1.6.6 Hemoglobin elektroforesis:mengidentifikasi tipe struktur hemoglobin.

Bilirubin serum (tak terkonjugasi): meningkat (hemolitik).

2.1.6.7 Folat serum dan vitamin B12 membantu mendiagnosa anemia sehubungan dengan defisiensi simasukan/absorpsi:

Besi serum	:tak adatinggi (hemolitik)
BC serum	: meningkat
Feritin serum	: meningkat
Masa perdarahan	: memanjang (aplastik)
LDH serum	: menurun
<i>Tes schilling</i>	: penurunan eksresi vitamin B12 urine
<i>Guaiak</i>	:mungkin positif untuk darah pada urine, feses, dan isi gaster, menunjukkan perdarahan akut/kronis.

2.1.6.8 Analisa gaster : penurunan sekresi dengan peningkatan pH dan tak adanya asam hidroklorik bebas.

2.1.6.9 Aspirasi sumsum tulang/pemeriksaan/biopsi : sel mungkin tampak berubah dalam jumlah, ukuran, dan bentuk, membentuk, membedakan tipe anemia, misal: peningkatan megaloblas, lemak sumsum dengan penurunan sel darah (aplastik).

2.1.6.10 Pemeriksaan andoskopik dan radiografik : memeriksa sisi perdarahan : perdarahan Gastro Intestinal (Doenges 2009).

2.1.7. Penatalaksanaan

2.1.7.1 Keperawatan

- a) Anemia kekurangan zat besi. Bentuk anemia ini diobati dengan suplemen zat besi, yang mungkin Anda harus minum selama beberapa bulan atau lebih. Jika penyebab kekurangan zat besi kehilangan darah - selain dari haid - sumber perdarahan harus diketahui dan dihentikan. Hal ini mungkin melibatkan operasi.

- b) Anemia kekurangan vitamin. Anemia pernisiiosa diobati dengan suntikan - yang seringkali suntikan seumur hidup vitamin B12. Anemia karena kekurangan asam folat diobati dengan suplemen asam folat.
- c) Anemia penyakit kronis. Tidak ada pengobatan khusus untuk anemia jenis ini. Suplemen zat besi dan vitamin umumnya tidak membantu jenis anemia ini. Namun, jika gejala menjadi parah, transfusi darah atau suntikan eritropoietin sintetis, hormon yang biasanya dihasilkan oleh ginjal, dapat membantu merangsang produksi sel darah merah dan mengurangi kelelahan.
- d) Aplastic anemia. Pengobatan untuk anemia ini dapat mencakup transfusi darah untuk meningkatkan kadar sel darah merah. Transplantasi sumsum tulang jika sumsum tulang berpenyakit dan tidak dapat membuat sel-sel darah sehat. Perlu obat penekan kekebalan tubuh untuk mengurangi sistem kekebalan tubuh dan memberikan kesempatan sumsum tulang ditransplantasikan berespon untuk mulai berfungsi lagi.
- e) Anemia terkait dengan penyakit sumsum tulang. Pengobatan berbagai penyakit dapat berkisar dari obat yang sederhana hingga kemoterapi untuk transplantasi sumsum tulang.
- f) Anemias hemolitik. Mengelola anemia hemolitik termasuk menghindari obat-obatan tertentu, mengobati infeksi terkait dan menggunakan obat-obatan yang menekan sistem kekebalan, yang dapat menyerang sel-sel darah merah. Pengobatan singkat dengan steroid, obat penekan kekebalan atau gamma globulin dapat membantu menekan sistem kekebalan tubuh menyerang sel-sel darah merah.

g) *Sickle cell* anemia. Pengobatan untuk anemia ini dapat mencakup pemberian oksigen, obat menghilangkan rasa sakit, baik oral dan cairan infus untuk mengurangi rasa sakit dan mencegah komplikasi. Dokter juga biasanya menggunakan transfusi darah, suplemen asam folat dan antibiotik. Sebuah obat kanker yang disebut hidroksiurea (Droxia, Hydrea) juga digunakan untuk mengobati anemia sel sabit pada orang dewasa.

2.1.7.2 Medis

Penatalaksanaan anemia ditunjukkan untuk mencari penyebab dan mengganti darah yang hilang.

- a) Transpalasi sel darah merah.
- b) Antibiotik diberikan untuk mencegah infeksi.
- c) Suplemen asam folat dapat merangsang pembentukan sel darah merah.
- d) Menghindari situasi kekurangan oksigen atau aktivitas yang membutuhkan oksigen
- e) Obati penyebab perdarahan abnormal bila ada.
- f) Diet kaya besi yang mengandung daging dan sayuran hijau.

Pengobatan (untuk pengobatan tergantung dari penyebabnya) :

1. Anemiadefisiensi besi

- a) Mengatur makanan yang mengandung zat besi, usahakan makanan yang diberikan seperti ikan, daging, telur dan sayur.
- b) Pemberian preparat fe
- c) Perrosulfat 3x200mg/hari/per oral sehabis makan
- d) Peroglukonat 3x200mg/hari/oral sehabis makan.

2. Anemia pernisiiosa : pemberian vitamin B12
3. Anemia asam folat : asam folat 5 mg/hari/oral
4. Anemia karena perdarahan : mengatasi perdarahan dan syok dengan pemberian cairan dan transfuse darah.

2.2 Komplikasi

Komplikasi: (Betz dan Sowden, 2009)

1. Perkembangan otot buruk
2. Kemampuan memperoleh informasi yang didengar menurun
3. Interaksi sosial menurun
4. Daya konsentrasi menurun

Infeksi sering terjadi dan dapat berlangsung fatal pada masa anak-anak kematian mendadak dapat terjadi karena krisis sekuestrasi dimana terjadi pooling sel darah merah ke RES dan kompartemen vaskular sehingga hematokrit mendadak menurun. Pada orang dewasa menurunnya faal paru dan ginjal dapat berlangsung progresif.

Komplikasi lain berupa infark tulang, nekrosis aseptik kaput femoralis, serangan-serangan priapismus dan dapat berakhir dengan impotensi karena kemampuan ereksi. Kelainan ginjal berupa nekrosis papilla karena sickling dan infaris menyebabkan hematuria yang sering berulang-ulang sehingga akhirnya ginjal tidak dapat mengkonsentrasi urine. Kasus-kasus Hemoglobin Strait juga dapat mengalami hematuria. (Noer Sjaifullah H.M, 2007)

- a) Jantung :Menyebabkan gagal jantung kongestif

- b) Paru :Menyebabkan infark paru, pneumonia, pneumonia, pneumocele
- c) SSP :Menyebabkan trombosis serebral
- d) Genito urinaria :Menyebabkan disfungsi ginjal, pria pismus
- e) Gastro Intestinal :Menyebabkan koledokolithiasis, fibrosis hati dan abses hati
- f) Ocular :Menyebabkan ablasi retina, penyakit pembuluh darah perifer, pendarahan
- g) Skeletal :Menyebabkan nekrosis aseptic kaput femoris dan kaput humeri, daktilitis (biasanya pada anak kecil)
- h) Kulit :Menyebabkan ulkus tungkai kronis.

2.2 Asuhan keperawatan

2.2.1. Pengkajian

A. Identitas pasien, meliputi :

Nama, Umur : biasanya yang terserang anemia umumnya adalah dewasa, Jenis

Kelamin : biasanya yang dominan terkena Anemia adalah perempuan, Agama,

Status perkawinan, Pendidikan, Pekerjaan, Tanggal Masuk, No. Register,

Diagnosa medis

Penanggung jawab, meliputi :

Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien

B. Alasan Masuk

Klien mengeluh pusing, lemah, mual dan muntah, badan terasa letih, pucat, akral

dingin

C. Riwayat Kesehatan

A. Riwayat Kesehatan Sekarang

- a. Keletihan, kelemahan, malaise umum
- b. Kebutuhan untuk tidur dan istirahat lebih banyak.
- c. Klien mengatakan bahwa ia depresi
- d. Sakit kepala
- e. Nyeri mulut & lidah
- f. Kesulitan menelan
- g. Dyspepsia, anoreksia
- h. Klien mengatakan BB menurun
- i. Nyeri kepala, berdenyut, sulit berkonsentrasi
- j. Penurunan penglihatan
- k. Kemampuan untuk beraktivitas menurun

B. Riwayat kesehatan dahulu

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

- a. Apakah sebelumnya klien pernah menderita anemia.
- b. Apakah meminum suatu obat tertentu dalam jangka lama.
- c. Apakah pernah menderita penyakit malaria.
- d. Apakah pernah mengalami pembesaran limfe.
- e. Apakah pernah mengalami penyakit keganasan yang tersebar seperti kanker payudara, leukimia, dan multipel mieloma.

- f. Apakah pernah kontak dengan zat kimia toksik dan penyinaran dengan radiasi.
- g. Apakah pernah menderita penyakit menahun yang melibatkan ginjal dan hati.
- h. Apakah pernah menderita penyakit infeksi dan defisiensi endoktrin.
- i. Apakah pernah mengalami kekurangan vitamin penting, seperti vitamin B12 asam folat, vitamin C dan besi.

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

- a. Kecendrungan keluarga untuk anemia.
- b. Adanya anggota keluarga yang mendapat penyakit anemia congenital.
- c. Keluarga adalah vegetarian berat.
- d. Social ekonomi keluarga yang rendah.

GENOGRAM

Untuk mengetahui riwayat penyakit dari keluarga dan klien.

D. PEMERIKSAAN FISIK

Kesadaran : Composmentis

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

TTV : TD :Biasanya menurun
N :Biasana meningkat
P :Biasanya cepat
S :Biasanya meningkat

Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Bagaimana kesimetrisan, warna rambut, kebersihan kepala, rambut kering, mudah putus, menipis, ada uban atau tidak, sakit kepala, pusing,

2) Mata

Sclera tidak ikterik, konjungtiva anemis, pupil isokor.

3) Telinga

Kesimetrisan telinga, fungsi pendengaran, kebersihan telinga.

4) Hidung

Kesimetrisan, fungsi penciuman, kebersihan, apakah ada perdarahan pada hidung atau tidak.

5) Mulut

Keadaan mukosa mulut, kebersihan mulut, keadaan gigi, kebersihan gigi, stomatitis (sariawan lidah dan mulut)

6) Leher

Kesimetrisan, adanya pembesaran kelenjar tyroid / tidak, adanya pembesaran kelenjar getah bening.

7) Thorax

Paru-paru :

I :Pergerakan dinding dada, *takipnea, orthopnea, dispnea* (kesulitan bernapas), napas pendek, dan cepat lelah saat melakukan aktivitas jasmani merupakan manifestasi berkurangnya pengiriman oksigen.

P :Taktil premitus simetris

P :Sonor

A :Bunyi nafas vesikuler, bunyi nafas tambahan lainnya.

Jantung

I :jantung berdebar-debar, Takikardia dan bising jantung menggambarkan beban jantung dan curah jantung meningkat

P :Tidak teraba adanya massa

P :pekak

A :Bunyi jantung murmur sistolik

8) Abdomen

I : Kesimetrisan,diare,muntah,melena / hematemesis.

A : Suara bising usus

P : Terdapat bunyi timpani,

P : Terabanya pembesaran hepar / tidak, adanya nyeri tekan / tidak.

9) Genitalia

Normal / abnormal

10) Integumen

Mukosa pucat,kering dan Kulit kering

11) Ekstermitas

Pucat pada kulit, dasar kuku, dan membrane mukosa, Kuku mudah patah dan berbentuk seperti sendok, kelemahan dalam melakukan aktifitas.

12) Punggung

Kesimetrisan punggung, warna kulit, dan keberishan.

13) Persyarafan

- Nervus I (Olfaktorius) :

Suruh klien menutup mata dan menutup salah satu lubang hidung, mengidentifikasi dengan benar bau yang berbeda (misalnya jeruk nipis dan kapas alkohol)

- Nervus II (Optikus) :

Persepsi terhadap cahaya dan warna, periksa diskus optikus, penglihatan perifer.

- Nervus III (Okulomotorius) :

Kelopak mata terhadap posisi jika terbuka, suruh klien mengikuti cahaya

- Nervus IV (Troklearis) :

Suruh klien menggerakkan mata kearah bawah dan kearah dalam.

- Nervus V (Trigeminus) :

Lakukan palpasi pada pelipis dan rahang ketika klien merapatkan giginya dengan kuat, kaji terhadap kesimetrisan dan kekuatan, tentukan apakah klien dapat merasakan sentuhan diatas pipi (bayi muda menoleh bila area dekat pipi disentuh) dekati dari samping, sentuh bagiang mata yang berwarna dengan lembut dengan sepotong kapas untuk menguji refleks berkedip dan refleks kornea.

- Nervus VI (Abdusen) :
Kaji kemampuan klien untuk menggerakkan mata secara lateral.
- Nervus VII (Fasialis) :
Uji kemampuan klien untuk mengidentifikasi larutan manis (gula), asam (lemon). Kaji fungsi motorik dengan cara tersenyum dan memperlihatkan giginya.
- Nervus VIII (Vestibulocochlearis) :
Uji pendengaran.
- Nervus IX (Glosofaringeus) :
Uji kemampuan klien untuk mengidentifikasi rasa pada lidah.
- Nervus X (Vagus) :
Kaji klien refleks menelan, sentuhkan tong spatel pada lidah ke posterior faring untuk menentukan refleks muntah, jangan menstimulasi jika ada kecurigaan epiglottitis.
- Nervus XI (Asesorius) :
Suruh klien memutar kepala kesamping dengan melawan tahanan, minta klien untuk mengangkat bahunya kemudian kita tahan apakah klien mampu untuk melawannya.
- Nervus XII (Hipoglasus) :
Minta klien untuk mengeluarkan lidahnya, periksa deviasi garis tengah, dengarkan kemampuan anak untuk mengucapkan 'R'.

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan laboratorium untuk diagnosis anemia terdiri dari : pengobatan (Bakta, 2006).

1. pemeriksaan penyaring (terdiri dari pengukuran kadar Hb, indeks eritrosit, dan apusandarah tepi).
2. pemeriksaan darah seri anemia (meliputi hitung leukosit, trombosit, retikulosit, dan lajuendap darah).
3. pemeriksaan sumsum tulang, dan pemeriksaan khusus sesuai jenis anemia. Selain itu, diperlukan pulaa pemeriksaan non-hematologik tertentu seperti pemeriksaan faal hati, faal ginjal, atau faal tiroid.

Tahap diagnosis anemia terdiri dari

1. menentukan adanya anemia
2. menentukan jenis anemia,
3. menentukan etiologi anemia, dan
4. menentukan ada tidaknya penyakit penyerta yang akan mempengaruhi hasil pengobatan (Bakta, 2006).

Anemia defisiensi besi perlu dibedakan dengan anemia hipokromik lainnya perti anemia akibat penyakit kronik, thalassemia, dan anemia sideroblastik.

Perbedaan yang ditemukan diantaranya seperti derajat anemia, (Bakta, 2006)

- a) Jumlah darah lengkap(JDL) : Hemoglobin& Hematokrit menurun
- b) Jumlah eritrosit : menurun , menurun berat (aplastik), mikrositik dengan eritrosit hipokromik, peningkatan, pansitopenia (aplastik)
- c) Jumlah retikulosit bervariasi :menurun, meningkat (hemolisis)

- d) Pewarnaan Sel darah merah: mendeteksi perubahan warna & bentuk (dapat mengindikasikan tipe khusus anemia)
- e) Laju endap darah : peningkatan menunjukkan adanya reaksi inflamasi
- f) Massa hidup Sel darah merah : untuk membedakan diagnosa anemia
- g) Tes kerapuhan eritrosit : Menurun
- h) Sel darah putih : jumlah sel total sama dengan Sel darah merah (diferensial) mungkin meningkat (hemolitik) atau menurun (aplastik)
- i) Jumlah trombosit : menurun (aplastik), meningkat, normal/tinggi (hemolitik)
- j) Hemoglobinelektroforesis : mengidentifikasi tipe struktur Hb
- k) Bilirubin Serum (tidak terkonjugasi) : meningkat (hemolitik)
- l) Folat serum dan vitamin B12 : membantu mendiagnosa anemia
- m) Besi serum : tak ada, tinggi (hemolitik)
- n) Masa perdarahan : memanjang (aplastik)
- o) *Tes Schilling* : penurunan eksresi vitamin B12 urin
- p) *Guaiac* : mungkin positif untuk darah pada urin, feses, dan isi gaster, menunjukkan perdarahan akut/kronis.
- q) Analisa gaster : penurunan sekresi dengan peningkatann pH dan tak adanya asam hidrokolorik bebas.
- r) Aspirasi sum-sum tulang/pemeriksaan biopsy : sel mungkin tampak berubah dalam jumlah, ukuran, bentuk, membedakan tipe anemia
- s) Pemeriksaan endoskopoi dan radiografik : memeriksa sisi perdarahan, perdaraha Gastro Intestinal

2.2.2. Kemungkinan diagnosa yang muncul

1. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen pengangkut O₂.
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai & kebutuhan O₂.
3. Ketidak seimbangan Nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan memasukkan atau mencerna nutrisi oleh karena faktor biologis psikologis atau ekonomi.
4. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang informasi.
5. Defisit perawatan diri b/d Kelemahan.

INTERVENSI (RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN)

Tabel 2.3

Intervensi keperawatan

No	Diagnosa	NOC	NIC
1.	Gangguan perfusi jaringan b.d penurunan komponen pengangkut O2.	<p>Tujuan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circulation status • Electrolite and Acid Base Balance • Fluid Balance • Hidration • Tissue Prefusion : renal • Urinari elimination <p>Setelah dilakukan asuhan ketidakefektifan perfusi jaringan renal teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan systole dan diastole dalam batas normal • Tidak ada gangguan mental, orientasi kognitif dan kekuatan otot • Intake output seimbang • Tidak ada oedem perifer dan asites • Tidak ada rasa haus yang abnormal • Membran mukosa lembab 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi status hidrasi (kelembaban membran mukosa). 2. Observasi reaksi transfusi 3. Kaji TTV 4. Monitor BUN, Creat, HMT dan elektrolit 5. Timbang BB sebelum dan sesudah prosedur 6. Kaji status mental

2.	Intoleransi Aktifitas b.d. ketidakseimbangan suplai & kebutuhan O2	<p>Energy consevation Airway tolerance KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR • Mampu melakukan aktifitas sehari (ADLs) secara mandiri • Tanda tanda vital normal • Energy psikomotor • Level kelemahan • Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan alat • Status kardiopulmunari adekuat • Sirkulasi status baik • Status respirasi: pertukaran gas dan ventilasi adekuat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitas medicdalam merencanakan program terapi yang tepat. 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. 3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan soclai. 4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan. 5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek. Bantu untuk mengidentifikasikan aktivitas yang sesuai. 7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang. 8. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas. 9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas. 10. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan. 11. Monitor respon fisik,emoi,social dan spiritual.
----	--	---	--

3.	Ketidak seimbangan Nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan memasukkan atau mencerna nutrisi oleh karena faktor biologis psikologis atau ekonimi	<p>Tujuan :</p> <p>a) Nutritional status Adequacy of nutrient b) Nutritional status : food and fluid intake c) Weight Control</p> <p>kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan. • Berat badan ideal dengan tinggi badan. • Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi. • Tidak ada tanda-tanda malnutrisi. • Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan. • Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan. 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien. 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake. 4. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi. 5. Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi). 6. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. badan yang berarti. 7. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori. 8. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 9. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.
----	---	---	--

4.	Kurang pengetahuan tentang penyakit b.d kurang informasi	<p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Knowledge : disease process • Knowledge : health Behavior <p>kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan • Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar • Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat 5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat 6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 7. Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat 8. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan 9. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan 10. Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat
5.	Defisit perawatan diri b/d kelemahan.	<p>Tujuan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activity Intolerance • Mobility: physical Impaired • Self Care Deficit Hygiene <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terbebas dari bau badan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. 2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. 3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara

		<ul style="list-style-type: none">• Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan aktifitas• Dapat melakukan aktifitas dengan bantuan	<p>utuh untuk melakukan self-care.</p> <ol style="list-style-type: none">4. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.5. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.
--	--	---	--

2.10.4 Implementasi

Implementasi adalah suatu serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi kedalam suatu kasus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2012)

2.10.5 Evaluasi

Evaluasi adalah perbandingan yang sistemik atau terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan, dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN

I. Identitas diri klien

Nama : Ny. Y
Umur : 77 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Status perkawinan : Menikah
Golongan Darah : O
Agama : Islam
Pekerjaan : IRT
Pendidikan : SD
Alamat: Ampang Gadang
No. MR : 499124
Tanggal masuk : 03juni 2018
Sumber informasi : Klien dan Anak
Diagnosa Medis : ANEMIA

Identitas Penaanggung Jawab

Nama : Tn. M
Umur : 40 Tahun
Jenis kelamin : Laki-Laki
Agama : Islam
Pekerjaan : Wirasuasta

Hub.keluarga : Anak
Tgl / jam MRS : 03-06-2018 / 08.00 WIB
Ruang : Ambunsuri Lantai 3
No. Register :49 91 24
Tgl pengkajian : 06-06-2018

II. ALASAN MASUK

Klien datang ke RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi melalui IGD pada tanggal 03Juni 2018 Jam 11:30 dengan keluhan badan terasa pucat, lemas kurang lebih 5 hari yang lalu.

B. RIWAYAT KESEHATANG

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian tanggal 06 Juni 2018 pada pukul 08.00WIB, Klien mengatakan muka dan telapak tangan pucat,badanmasih terasa lemas dan hanya berbaring di tempat tidur,kepala terasa pusing,tidak nafsu makan hanya bisa habis ½ porsi, mata berkunang-kunang, Klien tidak mampu untuk kekamar mandi,badan terasa berbau,belum ada mandi,dan klien dibantu untuk mobilisasi dan hanya dapat berbaring di tempat tidur,mual tidak ada, muntah tidak ada, BAB hitam tidak ada,gusi berdarah tidak ada,nyeri tekan tidak ada dan klien sudah melakukan transfusi darah 1 kolf.

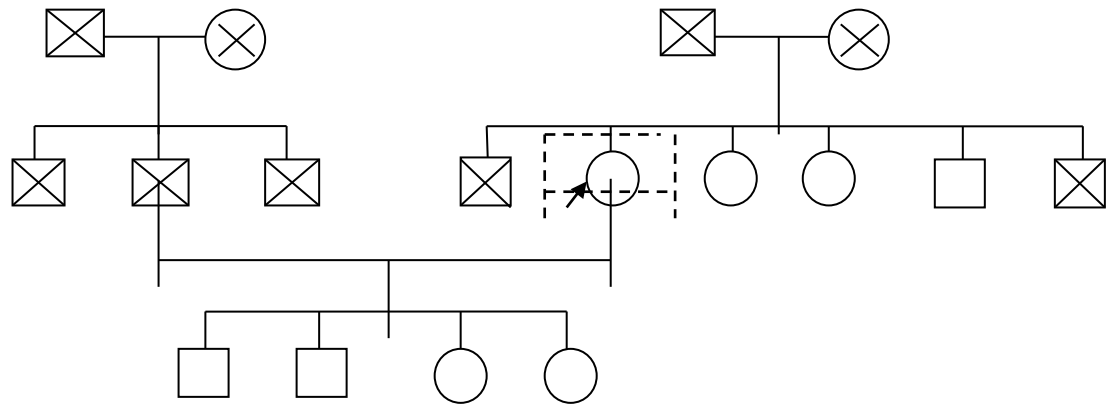
2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan belum pernah di rawat sebelumnya dengan penyakit serupa yang di alami klien saat ini di rumah sakit.

a. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan yang klien derita saat ini, dan penyakit keturunan seperti Diabetes Mellitus, Hipertensi dan Asma.

GENOGRAM



Keterangan :

- :Laki-laki
- :Perempuan
- ↗ :Pasien
- ⊗ :Meninggal
- ÷ :Tinggal Serumah

IV. PEMERIKSAAN FISIK

Kesadaran :Composmentis Coperatif (CM)

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

BB Sebelum masuk RS :50 KG

BB Saat pemeriksaan RS :46 KG

Tanda-tanda vital :

TD :103/56 mmHg

N :78x/i
T :36,2°C
P :21 x/i

1. Kepala

a. Rambut

I :Hitam dan Beruban,berketombe.

P:Tidak ada udem,memar dan nyeri tekan di kepala.

b. Mata

I :Mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis,sklera tidak ikterik, pupil isokor.

c. Telinga

I :Simetris kiri dan kanan,tidak ada perdarahan disekitar telinga.

P :Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran disekitar telinga, tidak ada oedema.

d. Hidung

I :Simetris kiri dan kanan,tidak ada secret dan polip,tidak ada lecetan di daerah

hidung, lubang hidung tampak bersih tidak ada secret, penciuman masih bagus

dan normal.

e. Mulut dan gigi

I :Mokusa bibir kering dan pucat,lidah tampak kotor, dan gigi tidak lengkap.

2. Leher

I :Tidak ada pembesaran kelenjer tiroid,lymphe dan tidak ada kekakuan pada

Kuduk.

P :Vena jugularis teraba,tidak ada pembesaran vena jugularis.

3. Thorax

a. Paru-paru

I :Simetris kiri dan kanan,pergerakan dinding dada sama.

P :Tidak ada nyeri tekan,fremitus taktil kiri dan kanan sama.

P :Terdapat bunyi redup saat dilakukan perkusi.

A :Bunyi nafas klien Vesikuler (normal)dan tidak ada suara nafas tambahan.

Frekuensi 21x/i

b. Jantung

I :ictus cordis tidak terlihat

P : ictus cordis teraba spatium ictus cordis V digaris mid klavikularis sinistra, nadi

78x/i

P : redup pada

Atas:*Spatium Intercostal* (SIC) II kiri di lenea parasternalis kiri
(pinggang)

Bawah: *Spatium Intercostal* (SIC) V kiri agak ke medial midklavikularis kiri
(tempat ictus).

A : Bunyi jantung normal (LUB-DUP).

4. Abdomen

I : simetris kiri dan kanan, Tidak ada lesi, warna kulit disekitar abdomen normal,
tidak ada bekas jahitan.

A : bising usus normal 12x/I di quadran kiri bawah.

P : tidak terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas.

P : Tympani

5. Punggung

I : Tidak ada lesi, lecet dan tanda dekubitus pada klien.

P : Tidak ada pembengkakan.

6. Genitalia : Tidak diperiksa, terpasang kateter.

7. Ekstremitas

1. Ekstremitas atas : terpasang infuse sebelah kanan Triofusi: NaCl 3%(2-1), 20 tetes/i.

2. Ekstremitas bawah : klien terpasang kateter, tidak terdapat udema di ekstremitas atas

maupun bawah.

8. Integument : Turgor kulit jelek, kulit tidak elastis, kulit pucat.

9.Persyarafan

Tabel 3.1

NO	NERFUS	FUNGSI	HASIL PEMERIKSAAN	Keterangan
1.	Nerfus Olfaktorius	Saraf sensorik untuk penciuman.	Tidak terdapat kelainan pada penciuman klien, karna klien masih dapat membedakan antara bau teh dan kopi ataupun bau lain nya.	Normal
2.	Nerfus Opticus	Saraf sensorik untuk penglihatan.	Penglihatan harus pakai kaca mata.	Normal
3.	Nerfus Okulomotorius	Saraf motorik untuk mengangkat kelopak mata keatas,kontriksi pupil dan gerakan ekstrukuler.	Klien dapat mengangkat kelopak mata keatas dan pupil klien dapat mengikuti arah perintah yang di berikan.	Normal
4.	Trochlearis	Saraf motorik,gerakan mata kebawah dan keatas.	Klien dapat mengerakan pupil kearah atas dan bawah.	Normal
5.	Trigeminus	Saraf motorik,gerakan mengunyah,sensi wajah,lidah dan gigi,reflek kornea dan reflek kedip.	Klien dapat mengunyah makanan dengan baik dan bisa merasakan ransangan nyeri pada daerah pipi dengan benda tumpul.	Normal

6.	Abdusen	Saraf motorik deviasi mata ke lateral.	Klien dapat menggerakkan mata ke arah kanan dan kiri dengan mengikuti arah telunjuk perawat.	Normal
7.	Fasialis	Saraf motorik untuk ekspresi wajah.	Klien dapat tersenyum dan tertawa.	Normal
8.	Vestibulokokleas	Saraf sensorik untuk keseimbangan dan ransangan suara.	Klien tidak dapat berdiri dan hanya dapat berbaring di tempat tidur, pendengaran klien saat diberi ransangan suara sudah berkurang.	Normal
9.	Glosofaringeus	Saraf sensorik dan motorik untuk sesasi rasa.	Klien dapat menelan dengan baik dan klien dapat membedakan rasa asin atau pahit di 1/3 lidah klien.	Normal
10.	Vagus	Saraf sensorik dan motorik untuk sensasi menelan.	Fungsi menelan klien baik dan klien dapat menelan saliva dan pada di instruksikan mengatakan "aaa" uvula terangkat dan tetap berada di median.	Normal
11.	Asesorius	Saraf motorik untuk menggerakkan bahu.	Klien dapat menggerakkan bahunya dengan diberi tahanan.	Normal

12.	Hipoglossus	Saraf motorik untuk menggerakkan lidah.	Klien dapat menggerakkan lidahnya dan kekuatan otot lidah klien baik.	Normal
-----	-------------	---	---	--------

V. Aktivitas sehari-hari

Tabel 3.2

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1	<p>Makan dan Minum</p> <p>Makan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menu • Porsi • Makan Kesukaan • Pantangan <p>Minuman</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah • Minuman <p>Pantangan</p>	<p>Nasi Padat 1 Piring</p> <p>Ikan Tidak ada</p> <p>5 Gelas sehari Air putih Tidak ada</p>	<p>ML TKTP yang habis ½ porsi diet per hari</p> <p>Ikan Tidak ada</p> <p>3Gelas sehari Air putih Tidak ada</p>
2	<p>Eliminasi</p> <p>BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Warna • Bau • Konsistensi • Kesulitan <p>BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Bau • Warna • Konsistensi • Kesulitan 	<p>1x Kuning Khas Padat Tidak ada</p> <p>Kurang lebih 6x/hari Pesing Kuning muda Cair Tidak ada</p>	<p>Tidak ada BAB</p> <p>900 cc/hari</p> <p>Pesing Kuning muda Cair Terpasang kateter</p>
3	<p>Istirahat dan Tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waktu tidur • Lama tidur • Waktubangun 	<p>20:00 WIB 8 Jam Subuh</p>	<p>21:00 WIB 8 Jam Pagi</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Hal yang mempermudah bangun • Kesulitan tidur 	Tidak ada	Tidak ada
		Tidak ada	Tidak ada
4	Personal Hygine <ul style="list-style-type: none"> • Mandi • Cuci Rambut • Gosok Gigi • Potong Kuku 	2x Sehari 1x Sehari 2x Sehari 1x seminggu	1x Sehari 1x Sehari 1x Sehari Tidak ada
5	Rakreasi <ul style="list-style-type: none"> • Hobby • Minat khusus • Penggunaan waktu Senggang	Tidak ada Tidak ada Mengaji	Tidak ada Tidak ada Tidak ada
6	Ketergantungan <ul style="list-style-type: none"> • Merokok • Minum obat • Obat-Obatan 	Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada

VI.Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan obat maupun minuman.

VII.Data Psikologis

1. Prilaku non verbal

Klien dibantu dalam melakukan aktifitas.

2. Prilaku verbal

- Cara menjawab :Klien dapat menjawab pertanyaan yang di beri kan walaupun jawaban nya kurang jelas.
- Cara member informasi :Dengan cara Tanya jawab.

3. Emosi

Klien tampak tenang waktu interaksi dengan perawat.

4. Persepsi penyalit

Klien beranggapan penyakit ini adalah datangnya dari ALLAH dan sebagai cobaan untuk lebih dekat lagi dengan nya.

5. Konsep diri

Klien sebagai wanita dan berperan sebagai ibu rumah tangga.

6. Adaptasi

Klien dapat beradaptasi dan mengenali bahwa klin sekarang lagi berada dirumah sakit.

7. Mekanisme pertahanan diri

Klien selalu berusaha ingin cepat sembuh dan cepat pulang.

VIII.Data social

1. Pola komunikasi

Komunikasi klien dengan perawat baik.

2. Orang yang dapat memberi rasa nyaman

Anak adalah orang yang dapat membuat kline merasa nyaman.

3. Orang yang paling berharga bagi pasien

Orang yang paling berharga bagi klien adalah anak nya.

4. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Hubungan klien dengan keluarga dan masyarakat baik.

IX.Data spiritual

1. Keyakinan

Klien beragama ISLAM.

2. Ketaatan beribadah

Klien selalu mengerjakan sholat 5 waktu sehari.

3. Keyakinan terhadap penyembuhan

Klien yakin bahwa penyakitnya dapat disembuhkan dan selalu berdoa kepada ALLAH untuk di angkatkan penyakitnya.

X. DATA PENUNJANG

I. DATA LABORATORIUM

Tabel 3.3

Laboratorium	Hasil pemeriksaan	Batas Normal
Labor Hematologi Tgl:03-06-2018		
HGB	8.1* [g/dL]	P :13.0-16.0 W:12.0-14.
RBC	2.72 [$10^6/uL$]	P :4.5-5.5 W :4.0-5.0
HCT	21.4- [%]	P :40.0-48.0 W:37.0-43.0
MCV	78.7- [fL]	
MCH	29.8* [pg]	
MCHC	37.9 [g/dL]	
RDW-SD	38.1 [fL]	
RDW-CV	14.0 [%]	
WBC	7.88 [10^3uL]	5.0-10.0
EO%	0.0 [%]	1 - 3
BASO%	0.1 [%]	0 - 1
NEUT%	89.4* [%]	50 – 70
LYMPH	3.4* [%]	20 – 40

MONO%	7.1* [%]	2 - 8
BASO#	0.01 [10 ³ /uL]	
NEUT#	7.04* [10 ³ /uL]	
LYMPH#	0.27* [10 ³ /uL]	
MONO#	0.56* [10 ³ /uL]	
PLT	233 [10 ³ /uL]	150-400
PDW	7.3- [fL]	
MPV	7.8 [fL]	
P-LCR	10.6- [%]	
PCT	0.18 [%]	
Labor Hematologi Tgl:04-06-2018		
HGB	7,8* [g/dL]	P :13,0-16,0
		W:12,0-14,0
RBC	2,56 [10 ⁶ /uL]	P :4,5-5,5
		W:40-50
HCT	20,8[%]	P :40,0-48,0
		W:37,0-43,0
MCV	81,3- [fL]	
MCH	30,5* [pg]	
MCHC	37,5 [g/dL]	
RDW-SD	38,3 [fL]	
RDW-CV	13,7 [%]	
WBC	6,99 [10 ³ /uL]	50-10,0
NEUT	89,0 + [%]	50-70
LYMPH	3,6 [%]	20-40
MONO%	7,4 [%]	2-8
PLT	230 [10 ³ uL]	150-400
PDW	9,1 [fL]	
MPV	8,5 [fL]	
P.LCR	14,5 [%]	
PCT	0,20 [%]	

LED	10 mm/jam	L :<10
		W:<10
Labor Hematologi Tgl:07-06-2018		
HGB	9.4* [g/dL]	P :13.0-16.0
		W:12.0-14.
RBC	3.16 [10 ⁶ /uL]	P :4.5-5.5
		W :4.0-5.0
HCT	25.5- [%]	P :40.0-48.0
		W:37.0-43.0
MCV	80.7- [fL]	
MCH	29.7* [pg]	
MCHC	36.9 [g/dL]	
RDW-SD	40.0 [fL]	
RDW-CV	14.2 [%]	
WBC	7.87 [10 ³ uL]	5.0-10.0
EO%	2.9 [%]	1 - 3
BASO%	0.5 [%]	0 - 1
NEUT%	83.2* [%]	50 – 70
LYMPH	6.0* [%]	20 – 40
MONO%	7.4* [%]	2 - 8
EO#	0.23 [10 ³ /uL]	
BASO#	0.04 [10 ³ /uL]	
NEUT#	6.55* [10 ³ /uL]	
LYMPH#	0.47* [10 ³ /uL]	
MONO#	0.58* [10 ³ /uL]	
PLT	80 [10 ³ /uL]	150-400
PDW	7.8- [fL]	
MPV	8.4 [fL]	
P-LCR	13.6- [%]	
PCT	0.07 [%]	

Labor Hematologi Tgl:08-06-2018		
HGB	11.8* [g/dL]	P :13.0-16.0
		W:12.0-14.
RBC	3.97 [10 ⁶ /uL]	P :4.5-5.5
		W :4.0-5.0
HCT	32.1- [%]	P :40.0-48.0
		W:37.0-43.0
MCV	80.9- [fL]	
MCH	29.7* [pg]	
MCHC	36.8 [g/dL]	
RDW-SD	40.1 [fL]	
RDW-CV	14.0 [%]	
WBC	7.43 [10 ³ uL]	5.0-10.0
EO%	5.7 [%]	1 - 3
BASO%	0.3 [%]	0 - 1
NEUT%	75.7* [%]	50 – 70
LYMPH	9.0* [%]	20 – 40
MONO%	9.3* [%]	2 - 8
EO#	0.42 [10 ³ /uL]	
BASO#	0.02 [10 ³ /uL]	
NEUT#	5.63* [10 ³ /uL]	
LYMPH#	0.67* [10 ³ /uL]	
MONO#	0.69* [10 ³ /uL]	
PLT	73 [10 ³ /uL]	150-400
PDW	8.4- [fL]	
MPV	9.5 [fL]	
P-LCR	20.1- [%]	
PCT	0.07 [%]	
Kimia Klinik Tgl:03-06-2018		
CREAT	1.82 H mg/dL	0.80-1.30
Gluk	125 H mg/dL	74-106

Urea	69 H mg/dL	15-43
Kimia Klinik Tgl:06-06-2018		
ALB	3,7 L g/dl	3,8-5,4
C_CHOL	208 H mg/dl	--201
GLUK	126 H mg/dl	74-106
TRIGLY	104 mg/dl	40-140
UA	4.3 mg/dl	2,6-6,0
KIMIA KLINIK II Tgl:03-06-2018		
KALIUM	1.89	(3,5-5,6) mEq/l
NATRIUM	106.2	(135-147) mEq/l
KHLORIDA	74.7	(100-106) mEq/l
KIMIA KLINIK II Tgl:05-06-2018		
KALIUM	2.32	(3,5-5,6) mEq/l
NATRIUM	122.0	(135-147) mEq/l
KHLORIDA	91.3	(100-106) mEq/l
KIMIA KLINIK II Tgl:06-06-2018		
KALIUM	2.43	(3,5-5,6) mEq/l
NATRIUM	125.1	(135-147) mEq/l
KHLORIDA	100.1	(100-106) mEq/l
KIMIA KLINIK II Tgl:06-06-2018		
KALIUM	3.64	(3,5-5,6) mEq/l
NATRIUM	136.9	(135-147) mEq/l
KHLORIDA	114.3	(100-106) mEq/l
URINALISA Tgl:03-06-2018		
FISIS		
<ul style="list-style-type: none"> • WARNA • KEKERUHAN 	KUNING MUDA	

Keterangan : Dari hasil labor yang di dapat bahwa klien memang mengalami penurunan HB dimana dinyatakan di dalam hasil pemeriksaan labor klien pada tanggal 03-06-2018 yaitu 8.1* [g/dL] dan pada tanggal 08-06-2018 HB klien mengalami peningkatan yaitu 11.8* [g/dL].

II. Rongen

Tanggal 17 Desember 2016

Dari hasil EKG menunjukkan hasil EKG Sinus Rhythm

XI.PENGOBATAN

Tabel 3.4

NO	NAMA OBAT	DOSIS	WAKTU	INDIKASI	KONTRA INDIKASI	KEGUNAAN
1	Ranitidine	25 mg/2 ml	2x1 (06:00/18:00)	tukak lambung dan tukak duodenum, refluks esofagitis, dispepsia episodik kronis, tukak akibat AINS,tukak duodenum karena H.pylori, sindrom Zollinger-Ellison, kondisi lain dimana pengurangan asam lambung akan bermanfaat	Riwayat alergi terhadap ranitidin; Ibu yang sedang menyusui; Pemberian ranitidin juga perlu diawasi pada kondisi gagal ginjal.	Untuk mengobati maag dan asam lambung
2	Nacl 0,9 %	500 ml/12 jam	20 tetes/menit	Pengganti cairan plasma isotonik yang hilang. Pengganti cairan pada kondisi alkalosis hipokloremia.	Hipernatremia, asidosis, hipokalemia.	Pengganti cairan plasma isotonik yang hilang.

3	KSR	600 mg	2 x 1	Pengobatan dan pencegahan hipokalemia.	<u>Gangguan ginjal</u> , blok AV, hipersensitivitas, konsentrasi plasma kalium	seseorang memiliki kadar kalium yang rendah dalam darah (hipokalemia).
4	Sukralfat sif	500 mg	3x1(06:00,13:00,18:00)	Sebagai profilaksis atau pencegahan tukak usus duabelas jari (duodenum), tukak lambung, mengurangi resiko ventilator-associated pneumonia (VAP).	Tidak boleh untuk pasien memiliki riwayat hipersensitif terhadap sukralfat, tidak dianjurkan digunakan pada anak usia < 15 tahun, jangan gunakan obat ini pada pasien gagal ginjal kronis mengingat resiko nefropati yang diindikasikan oleh aluminium.	Digunakan untuk mengobati tukak usus halus duodenum, tukak lambung.
5	Triofusin	500 ml/24 jam		Memenuhi kebutuhan energi total dan parsial, serta elektrolit secara parenteral.	Gagal ginjal tanpa dialisis, hipersensitif, gangguan hati berat, gangguan metabolisme protein, asidosis metabolik, hiperkalemia, dan hipernitremia.	Untuk memperoleh energi yang dibutuhkan dengan nutrisi parenteral total dan parsial.

ANALISA DATA

Tabel 3.5

NO	DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
1.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan badan terasa lemas dan hanya berbaring di tempat tidur. 2. Klien mengatakan kepala terasa pusing. 3. Klien mengatakan mata terasa berkunang-kunang. 4. Klien mengatakan muka dan telapak tangan pucat. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lesu dan lemas. • Telapak tangan klien tampak pucat. • Muka tampak pucat <p>HGB klien :8.1* [g/dL] TD : 103/56 mmHg</p>	Perfusi perifer tidak efektif	penurunan konsentrasi Hb
2.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidak nafsu makan hanya bisa habis ½ porsi. 2. Klien mengatakan badan terasa lemas dan hanya berbaring di tempat tidur. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tidak menghabiskan makanannya yang habis dalam satu porsi ½ porsi rumah sakit. • Mukosa bibir klien tampak kering dan mulut kotor. • Klien tampak lesu dan lemas. <p>HGB klien :8.1* [g/dL] BB : 46 KG</p>	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	faktor biologis

3.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan badan terasa bau. 2. Klien mengatakan belum ada mandi. 3. Klien mengatakan tidak mampu untuk ke kamar mandi. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat kurang bersih dan sedikit berbau 2. Pakaian klien tampak kotor. 3. Klien terlihat di bantu perawat maupun keluarga dalam pemenuhan kebutuhannya. 4. Klien tampak berbaring saja di tempat tidur. <p>HGB klien :8.1* [g/dL]</p>	Defisit perawatan diri	kelemahan
----	--	-------------------------------	-----------

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Daftar Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. **Perfusi perifer tidak efektif** b/d penurunan konsentrasi Hb.
2. **Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh** b/d faktor biologis.
3. **Defisit perawatan diri** b/d Kelemahan.

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
INTERVENSI

Tabel 3.6

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1.	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi Hb.	<p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Circulation status 2. Electrolite and Acid Base Balance 3. Fluid Balance 4. Hidration 5. Tissue Prefusion : renal 6. Urinari elimination <p>Setelah dilakukan asuhan Ketidak efektifan perfusi jaringan teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan systole dan diastole dalam batas normal 2. Tidak ada gangguan mental, orientasi kognitif dan kekuatan otot 3. Intakeoutput seimbang 4. Tidak ada oedem perifer dan asites 5. Tidak ada rasa haus yang abnormal 6. Membran mukosa lembab 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi status hidrasi (kelembaban membran mukosa). 2. Kaji TTV Pasien. 3. Observasi reaksi transfusi

2.	<p>Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis</p>	<p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nutritional Status : 2. Nutritional Status : food and Fluid Intake 3. Nutritional Status: nutrient Intake 4. Weight control <p>Kreteria hasil;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan. 2. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake. 3. Yakinkan diet yang dimakan mngandung tinggi serat untuk mncegah konstipasi. 4. Berikan makanan yang terpilih (suah di konsultasikan dengan ahli gizi). 5. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 6. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.
----	--	---	---

3.	Defisit perawatan diri b/d kelemahan	<p>Tujuan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activity Intolerance • Mobility: physical Impaired • Self Care Deficit Hygiene <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terbebas dari bau badan • Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan aktifitas • Dapat melakukan aktifitas dengan bantuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. 2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. 3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 4. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya. 5. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.

				<p>meningkatkan intake.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi. 4. Memberikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi). 5. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 6. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan 	<p>habis ½ porsi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Klien mengatakan badan terasa lemas dan hanya berbaring di tempat tidur <p>O :Klien tampak tidak menghabiskan makanannya(1/2 piring yang dapat klien habiskan).</p> <p>A :Masalah belum teratasi</p> <p>P :Intervensi di lanjutkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji adanya alergi makanan. 2. Mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. 3. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake. 4. Meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi. 5. Memberikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi). 6. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 7. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan 	
--	--	--	--	---	---	--

3.	Rabu /06/2018	3	09:30	<p>1. Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</p> <p>2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</p> <p>3. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</p> <p>4. Mendorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.</p> <p>5. Mengajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.</p>	<p>S :1. Klien mengatakan badan terasa bau.</p> <p>2. Klien mengatakan belum ada mandi.</p> <p>3. Klien mengatakan tidak mampu untuk ke kamar mandi.</p> <p>O : 1. Klien terlihat kurang bersih dan sedikit berbau.</p> <p>2. Pakaian klien tampak kotor.</p> <p>3. Klien terlihat di bantu perawat maupun keluarga dalam pemenuhan kebutuhannya.</p> <p>4. Klien tampak berbaring saja di tempat tidur.</p> <p>A :Masalah belum teratasi</p> <p>P :Intervensi di lanjutkan</p> <p>1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</p> <p>2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</p> <p>3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</p> <p>4. Dorong untuk melakukan secara</p>	
----	------------------	---	-------	--	--	--

						mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya. 5. Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.	
--	--	--	--	--	--	---	--

NO	HARI TANGGAL	NO DX	IMPLEMENTASI		EVALUASI		PARAF
1.	Kamis 07/06/2018	1	JAM 08:30	1. Mengobservasi status hidrasi(kelembaban membran mukosa).	JAM 13:30	S : Klien mengatakan badan masih terasa lemas dan hanyaberbaring di tempat tidur.	
			09:00	2. Mengkaji TTVPasien 3. Mengobservasi reaksi tranfusi		O : Klien tampak lesu dan lemas,tangan klien tampak pucat. HGB klien :9.4* [g/dL] TD : 94/53 mmHg N: 66x/i A :Masalah sebagian teratasi	
						P :Intervensi dilanjutkan 1. Observasi status hidrasi(kelembaban membran mukosa). 2. KajiTTVPasien.	

2.	Kamis 07/06/2018	2	08:30 09:00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji adanya alergi makanan. 2. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake. 3. Meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi. 4. Memberikan makanan yang terpilih(sudah di konsultasikan dengan ahli gizi). 5. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 6. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan 	13:30	<p>S :Klien mengatakan nafsu makannya sudah ada walau sedikit.</p> <p>O :klien tampak tidak menghabiskan makannya(dalam 1 porsi tinggal 1/3 porsi yang klien habiskan)</p> <p>A : Masalah sebagian teratasi</p> <p>I : Intervensi di lanjutkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake. 4. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.
----	---------------------	---	--------------------	---	-------	---

3.	Kamis 07/06/2018	3	08:30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. 2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. 3. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 4. Mendorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya. 5. Mengajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. 	13:30	<p>S :Klien mengatakan badan terasa segar setelah di mandikan perawat.</p> <p>O :Klien tampak rapi dan bersih setelah di mandikan dan bau badan klien sudah berkurang.</p> <p>A : Masalah sebagian teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 4. Mendorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya. 	
----	---------------------	---	-------	---	-------	--	--

NO	HARI TANGGAL	NO DX	IMPLEMENTASI		EVALUASI		PARAF
1.	Jum`at 08/06/2018	1	JAM 09:00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi status hidrasi(kelembaban membran mukosa). 2. Mengkaji TTVPasien 3. Mengobservasi reaksi tranfusi 	JAM 13:00	<p>S : Klien mengatakan lemas dibadannya sudah berkurang dan klien hanya dapat berbaring di tempat tidur saja.</p> <p>O :Klien sudah mulai tampak lebih segar dari yang sebelumnya. HGB klien :11.8* [g/dL] TD : 98/53 mmHg</p> <p>A :Maslah teratasi sebagian P :Intervensi di pertahankan 2. Kaji TTVPasien</p>	
2.	Jum`at 08/06/2018	2	09:00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji adanya alergi makanan. 2. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake. 3. Meyakinkan diet yang dimakan mngandung tinggi serat untuk mncegah konstipasi. 4. Memberikan makanan yang terpilih(sudah di konsultasikan dengan ahli gizi). 5. Memberikan informasi tentang 	13:00	<p>S :Klien mengatakan Sudah dapat menghabiskan makanannya</p> <p>O :Klien dapat menghabiskan makanannya dalam satu porsi yang diberikan.</p> <p>A:Maslah teratasi.</p> <p>P :Intervensi di hentikan.</p>	

				kebutuhan nutrisi. 6. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.			
3.	Jum`at 08/06/2018	3	09:00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. 2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. 3. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 4. Mendorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya. 5. Mengajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. 	13:00	<p>S :Klien mengatakan badan terasa segar dan bau badan sudah berkurang.</p> <p>O :Klien tampak rapi dan lebih segar dari sebelumnya bau badan sudah tidak ada.</p> <p>A :Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :Intervensi di pertahankan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 	

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Anemia di Ruang Rawat Inap Ambun Suri lantai II IIRSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tanggal 06 Juni 2018 sampai tanggal 09 Juni 2018. Berikut hal yang perlu dibahas dan diperhatikan.

Penerapan kasus keperawatan tersebut penulis telah berusaha mencoba menerapkan proses Asuhan Keperawatan pada klien Anemia sesuai dengan teori-teori yang ada untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur keperawatan di mulai dari Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam pengumpulan data tentang individu, keluarga dan kelompok yang meliputi identitas. Dalam tinjauan teoritis umur diatas 20 tahun dan perempuan memiliki resiko terkena penyakit anemia. (Carpenito & Moyet, 2012)

Pada saat pengkajian klien, data didapatkan dari klien, keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lainnya. Berdasarkan data tersebut, tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus yang saya kaji pada Ny. Y penderita Anemia

memang memiliki kesamaan, ditandai dengan berumur lebih dari 20 tahun dan berjenis kelamin perempuan.

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian. Tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus terhadap pasien, terdapat kesamaan gejala utama pada Anemia diantaranya yaitu : lemah, letih, lesu, lelah, sering mengeluh pusing, mata berkunang-kunang, kelopak mata, bibir, lidah dan telapak tangan pucat.

Pada tinjauan teoritis mengkaji adanya penyakit anemia, dan Klien mengatakan belum pernah di rawat sebelumnya dengan penyakit serupa yang di alami klien saat ini di rumah sakit dan klien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan yang klien derita saat ini, dan keluarga klien tidak memiliki penyakit keturunan seperti Anemia Sel Sabit.

Dalam pengkajian pemeriksaan fisik pada teoritis pada pemeriksaan nadi pada pasien anemia meningkat sedangkan pada kasus penulis menemukan nadi pada klien normal yaitu 78x/i.

Menurut teoritis pada pemeriksaan suhu tubuh pada pasien anemia meningkat sedangkan pada kasus penulis menemukan suhu tubuh menurun pada klien yaitu 36.2°C.

Bagian ekstermitas menurut teori pucat pada kulit, dasar kuku, dan membrane mukosa, kuku mudah patah dan berbentuk seperti sendok, kelemahan dalam melakukan aktifitas, tidak ada oedema.

Pada kasus yang penulis kaji terdapat beberapa kesenjangan yaitu kuku tidak mudah patah.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontibilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurun, membatasi, mencegah dan merubah (Carpento, 2012).

Pada tinjauan teoritis di temukan 5 kemungkinan diagnosa keperawatan dan pada tinjauan kasus penulis menemukan 3 diagnosa yang sama dengan tinjauan kasus. Diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus adaalah :

1. **Perfusi perifer tidak efektif**b/d penurunan konsentrasi Hb, ditandai dengan klien tampak lesu dan lemas, telapak tangan klien tampak pucat,muka tampak pucat, HGB klien :8.1* [g/dL] TD: 103/56 mmHg, Tanda-tanda vital TD 103/56 mmHg, Nadi 78 x/i, pernafasan 21 x/I.
2. **Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh** b/d faktorbiologis, di tandai dengan klen tampak tidak menghabiskan kamananya yang habis dalam 1 porsi hanya ½ porsi RS,mukosa bibir klien tampak kering dan mulut kotor,klien tampak lesu dan lemas,BB 46 KG.
3. **Defisit perawatan diri** b/d Kelemahanditandai dengan, Klien terlihat kurang bersih dan sedikit berbau, pakaiaan klen tampak kotor, klien terlihat di bantu perawatmaupun keluarga dalam pemenuhan kebutuhannya, klien tampak berbaring saja di tempat tidur.

Secara teoritis diagnosa yang di temukan pada klien Anemia

1. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen pengangkut O₂.
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai & kebutuhan O₂.
3. Ketidak seimbangan Nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan memasukkan atau mencerna nutrisi oleh karena faktor biologis psikologis atau ekonomi.
4. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang informasi.
5. Defisit perawatan diri b/d Kelemahan.

4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah kegiatan dalam keperawatan yang meliputi : meletakkan pusat tujuan pada klien, menetapkan hasil yang ingin dicapai dan memilih intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan (Potter perry, 2005).

Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang di temukan tidak semua tindakan pada teoritis dapat di tegakan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus di sesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien pada saat pengkajian.

Untuk diagnosa pertama yaitu **Perfusi perifer tidak efektif** b/d penurunan konsentrasi Hb.

Rencana tindakan penulis yaitu, Observasi status hidrasi(kelembaban membran mukosa),Kaji TTVPasien,Observasi reaksi tranfusi.

Dari Intervensi yang saya lakukan, tidak semua intervensi yang ada di teoritis yang saya masukkan hanya sebagian tindakan dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap klien.

Diagnosa kedua yaitu, **Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh** b/d faktor biologis.

Rencana tindakan penulis yaitu, Kaji adanya alergi makanan,kolaborasi dengan ahli gizi untuk mnentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien,anjurkan pasien untuk meningkatkan intake,yakinkan diet yang dimakan mngandung tinggi serat untuk mncegah konstipasi,berikan makanan yang terpilih (suah di konsultasikan dengan ahli gizi),berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi,kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.

Dari Intervensi yang saya lakukan, tidak semua intervensi yang ada di teoritis yang saya masukkan hanya sebagian tindakan dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap klien.

Diagnosa ketiga yaitu,**Defisit perawatan diri** b/d Kelemahan.

Rencana tindakan penulis yaitu, Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri,monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk

kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan, sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care, dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya, ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.

Dari Intervensi yang saya lakukan, tidak semua intervensi yang ada di teoritis yang saya masukkan hanya sebagian tindakan dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap klien.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah suatu serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kedalam suatu kasus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry 2012).

Setelah rencana tindakan ditetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan Anemia. Tindakan dilakukan sesuai dengan rencana yang dibuat.

Untuk diagnosa pertama yaitu **Perfusi perifer tidak efektif**/ penurunan konsentrasi Hb.

Implementasi yang dilakukan penulis yaitu, Mengobservasi status hidrasi (kelembaban membran mukosa), Mengkaji TTV Pasien, mengobservasi reaksi transfusi.

Diagnosa kedua yaitu, **Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh** b/d faktor biologis.

Implementasi yang dilakukan penulis yaitu, Mengkaji adanya alergi makanan, menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake, meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan yang terpilih (suah di konsultasikan dengan ahli gizi), memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, mengkaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.

Diagnosa ketiga yaitu, **Defisit perawatan diri** b/d Kelemahan.

Implementasi yang dilakukan penulis yaitu, Memonitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan, menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care, mendorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya, mengajarkanklien/keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.

Dalam melakukan tindakan keperawatan penulis tidak melakukan semua tindakan pada rencana keperawatan seperti pada diagnose **Perfusi perifer tidak efektif** b/d penurunan konsentrasi Hb, Monitor BUN, Creat, HMT dan elektrolit juga timbang BB sebelum dan sesudah prosedur dan juga kaji status mental penulis tidak melakukan tindakan tersebut. **Ketidak seimbangan**

nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d factor biologis, pada kolaborasi direncanakan melakukan kolaborasi dengan tim gizi untuk mengatur diet pasien, sedangkan pada tindakan keperawatan penulis tidak melakukan tindakan tersebut karena telah dilakukan oleh perawat sebelumnya, dan ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian penulis tidak melakukan tindakan tersebut, dan penulis juga tidak melakukan tindakan memonitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori pada pasien. Penulis dalam melakukan tindakan keperawatan tidak menemukan kesulitan, karena klien sangat kooperatif baik dalam pengkajian maupun dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

4.5 Evaluasi

Tujuan yang diinginkan saat melakukan intervensi dan implementasi pada Ny. Y tercapai sebagian karena Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada Ny. Y di dapatkan hasil bahwa hari pertama dan kedua kondisi Ny. Y tidak memperlihatkan adanya perubahan, namun pada hari ketiga Ny. Y mengalami perubahan yang baik, karena pada hari ketiga pucat mulai berkurang, pada nutrisi klien belum teratasi karena waktu 3 hari tidak cukup untuk melihat perkembangan nutrisi, dan nafsu makan klien sudah mulai ada, Sedangkan dalam melakukan perawatan diri pada hari kunjungan ketiga klien tampak rapi dan lebih segar dari hari sebelumnya.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan Anemia di Ruang Ambunhuri lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi 2018, dapat disimpulkan:

1 Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian ditemukan data- data sesuai dengan penyakit klien yaitu Anemia dan nantinya data tersebut akan menjadi dasar bagi penulis untuk menegakkan diagnosa dalam melakukan tindakan keperawatan.

2 Diagnosa

Berdasarkan data yang didapat, ditemukan tiga diagnosa pada kasus Ny.Y

- **Perfusi perifer tidak efektif** b/d penurunan konsentrasi Hb.
- **Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh** b/d faktor biologis.
- **Defisit perawatan diri** b/d kelemahan.

3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan mengacu kepada diagnosa yang ditegakkan dan dibuat sesuai pada buku rencana asuhan keperawatan dapat berupa tindakan mandiri maupun tindakan kolaborasi.

4 Implementasi

Implementasi yang dilakukan di ruangan lebih difokuskan pada tindakan keperawatan yang bersifat mandiri dan kolaborasi dengan keluarga untuk merawat pasien. Sedangkan untuk implementasi yang lain secara kontinue dilakukan oleh perawat ruangan.

5 Evaluasi

Evaluasi dapat berupa respon verbal, respon non verbal dan hasil pemeriksaan. Tidak semua masalah dapat teratasi, karena adanya keterbatasan waktu bagi penulis untuk melakukan Asuhan Keperawatan dan keadaan klien yang masih belum membaik seutuhnya.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi

Diharapkan dapat menjadi sumber bacaan dan daftar pustaka bagi Mahasiswi Akademi Keperawatan STIKes Perintis Sumbar dalam menerapkan ilmu dan asuhan keperawatan pada klien dengan Anemia

5.2.2 Bagi lahan praktek

Diharapkan bagi petugas kesehatan untuk menerapkan asuhan keperawatn pada klien dengan Anemia

5.2.3 Bagi Penulis

Dharapkan dapat menjadi koreksi dan pedoman bagi penulis tentang asuhan keperawatn Anemia selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Bakta . 2006. *Pengantar Ilmu Keperawatan* Jakarta: SalembaMedika
- Betz & sowden, 2009.*Buku saku keperawatan* Edisi 3 Alih Bahasa dr. Jan Tamboyang EGC: Jakarta
- Carpenito & M0yet, 2012. *Handbook Of Nursing Diagnosis*. Ed USA : Lippincot Williams & Wilkins Inc.
- Corwin. 2009. *Patofisiologis : Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Jakarta : EGC
- Fraser Diane & Cooper Margaret .2009 *Rencana Asuhan Keperawatan Medical Bedah*. Jakarta.EGC
- Handayani Wiwik dan Andi Sulisty0. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Hematologi*. Jakarta : Salemba Medika
- Marlyn D.2009 *Rencana Asuhan Keperawatan* EGC : Jakarta
- Mansjoer Arif, 2000, *Kapita Selekta Kedokteran*, Jilid 2, Media AesculapiusJakarta
- Noer sjaifullah 2006.*Standar Perawatan Pasien*. Monica Ester : Jakarta.
- Potter & Perry 2012, *Rencana Asuhan keperawatan dan dokumentasi keperawatan, Diagnosis Keperawatan dan Masalah Kolaboratif*, ed. 2. EGC : Jakarta
- Smeltzer, Suzanne C, 2001, *Keperawatan Medikal Bedah*, EGC : Jakarta
- Varney H. 2006. *Bukuajar asuhan keperawatan padaklien dengan gangguansitem hematologi*. Jakarta : Salemba Medika.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Andi Saputra
Tempat / Tanggal Lahir : Duri, 22 Januari 1995
Agama : Islam
Jumlah Bersaudara : 4 (Empat) Orang
Anak Ke : 2 (Dua)
Nama Orang Tua
Ayah : Syafrijon
Ibu : Nurhayetti, S.Pd
Alamat : Jorong Kp.Jambak, kenagarian Ganggo Hilia,
Kec. Bonjol, Kab. Pasaman

Riwayat Pendidikan

1. SD N 05 Ganggo Hilia
2. SMP N 1 Bonjol
3. SMK N 1 Bonjol
4. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Program Studi D-III Keperawatan Stikes Perintis Padang

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2016/2017**

NAMA MAHASISWA : Andi Saputra
 NIM : 1514401002
 RUANGAN : Ambun Suri Lt 3
 JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan Pada Ny.Y
Dengan ANEMIA Di Ruangan Ambun Suri lantai 3
RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi


NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1	Rabu 06-06-2018	07.30		12.00		
2	Kamis 07-06-2018	07.30		12.00		
3	Jumat 08-06-2018	07.30		12.00		

Bukittinggi, 06 Juni2018

Ka Ruangan

Preceptor


 Ns. Yenita Roza, S.Kep
 NIP. 19720107 199203 2 003


 (Ns. Ida Suryanti, M.Kep)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG









LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : ANDI SAPUTRA

NIM : 1514401002

Pembimbing : Ns.Ida Suryati, M.Kep


Judul KTI StudiKasus :

NO	Hari/Tgl	MateriBimbingan	Tanda TanganPembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa
1.	Kamis 7 Juni 2018	Revisi: Alasan masuk, Pemeriksaan fisik, dan penurunan data Pengobatan, nervus diagnosis	 Ns. Yenita Roza, S.Kep NIP. 19720107 199203 2 003	
2.	Senin 11 Juni 2018	Revisi: Alasan masuk, Riwayat kesehatan, diagnosis, tabel nervus	 Ns. Yenita Roza, S.Kep NIP. 19720107 199203 2 003	
3.	Selasa 19 Juni 2018	Revisi: Analisa data, implementasi,	 Ns. Yenita Roza, S.Kep NIP. 19720107 199203 2 003	
4.	Rabu 20 Juni 2018	Acc u/ Diseminarkan : BAB III	 Ns. Yenita Roza, S.Kep NIP. 19720107 199203 2 003	

(Preseptor Klinik)


Ns. Yenita Roza, S.Kep
NIP. 19720107 199203 2 003
(Ns. Yenita Roza, S.Kep)

(Preseptor Akademik)


(Ns. Ida Suryati, M.Kep)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG









LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : ANDI SAPUTRA

NIM : 1514401002

Pembimbing : Ns.IdaSuryati, M.Kep

Judul KTI StudiKasus : Asuhan Keperawatan pada Ny.Y dengan ANEMIA di Ruang
Ambun Suri Lantai 3 RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

NO	Hari/Tgl	MateriBimbingan	TandaTanganPembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa
1.	Senin/ 25 Juni 2018	Perbasi semi san		
2.	Selasa/ 03 Juli 2018	Perbasi semi san		
3.	Kamis/ 05 Juli 2018	Perbasi semi san		
4.	Senin/ 09 Juli 2018	Perbasi semi san acc 17 aji		
5.				

(Preseptor Akademik)



(Ns.IdaSuryati, M.Kep)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG




LEMBAR KONSULTAS REVISI

Nama Mahasiswa : Andi Saputra

Nim : 1514401002

Penguji I : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny.Y Dengan Anemia Di
Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai III Dr.
Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	1/8-2018	Revisi awal	
2	2/8-2018	Revisi narasumber dan pendahuluan	
3	3/8-2018	Revisi awal	
4			
5			
6			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG





LEMBAR KONSULTAS REVISI

Nama Mahasiswa : Andi Saputra

Nim : 1514401002

Penguji II : Ns. Ida Suryati, M.Kep

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan
Anemia Di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai
III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun
2018.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	31/07-2018	Perbaiki sejarah saran	
2	01/08-2018	Perbaiki rencana asuhan	
3	02/08-2018	Perbaiki rencana	
4	03/08-2018	acc signilid	
5			
6			