

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn.A DENGAN
ANEMIA DI RUANG RAWAT INAPINTERNE
PRIA RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2016**



OLEH :

**PIPI MAYA KARTIKA
NIM : 13103084015395**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2016**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn.A DENGAN
ANEMIA DI RUANG RAWAT INAP INTERNE
PRIA RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2016**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH :

**PIPI MAYA KARTIKA
NIM : 13103084015395**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2016**

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2016

PIPI MAYA KARTIKA
13103084015395

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A DENGAN ANEMIA DIRUANG RAWAT
INAP INTERNE PRIA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. ACHMAD
MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2016**

ABSTRAK

Pembangunan kesehatan merupakan upaya memenuhi salah satu hak dasar masyarakat yaitu 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 dalam 10 penyakit terbanyak di Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi. Anemia merupakan penurunan kapasitas darah dalam membawa oksigen gejala dari Anemia dari kondisi yang mendasari, seperti kehilangan komponen darah, elemen tidak adekuat atau kurang nutrisi yang dibutuhkan untuk pembentukan sel darah, yang mengakibatkan penurunan kapasitas pengangkut oksigen darah dan ada banyak tipe anemia dengan beragam penyebabnya ; hal tersebut dapat terjadi akibat penurunan Sel Darah Merah (SDM), dan / atau penurunan hemoglobin (Hb) dalam darah penyakit kurang darah, yang ditandai dengan kadar hemoglobin (Hb) dan sel darah merah (eritrosit) lebih rendah dibandingkan normal. Jika kadar hemoglobin kurang dari 14 g/dl dan eritrosit kurang dari 41% pada pria, maka pria tersebut dikatakan anemia. Demikian pula pada wanita, wanita yang memiliki kadar hemoglobin kurang dari 12 g/dl dan eritrosit kurang dari 37%, maka wanita itu dikatakan anemia, ditandai dengan lemah, letih, lesu, mata berkunang-kunang, daya pikir menurun, dan daya tahan tubuh menurun. Tn.A berusia 65 tahun, dengan keluhan kepala terasa pusing, aktifitas di bantu keluarga sebagian, wajah pucat Hb 8,2 g/dl, sehingga prioritas dignosa keperawatan,intoleransi aktifitas, keletihan, defisit perawatan diri mandi. Rencana tindakan keperawatan Intoleransi aktifas evaluasinya belum teratasi, Keletihan evaluasinya belum teratasi, Defisit perawatan diri mandi evaluasinya masalah teratasi. Saran kepada institusi rumah sakit untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Anemia dengan baik dan berkompeten.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan Anemia
Daftar Pustaka: 10 (1996-2008)

SCHOOL OF HEALTH SCIENCE PERINTIS FOUNDATION WEST PADANG
DIPLOMA OF NURSING
Scientific Paper case Study Report, July 2016

PIPI MAYA KARTIKA
13103084015395

**NURSING IN TN.A WITH ANEMIA MEN'S I INTERNE MEN'S INPATIENT
INTERNE REGIONAL GENERAL HOSPITAL DR.ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI YEAR 2016**

ABSTRACT

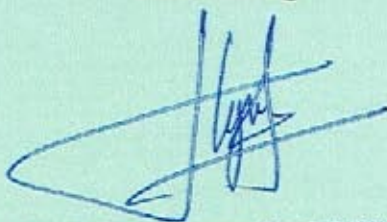
Health development is an effort to meet one of the basic rights of the community, namely medical care. In Indonesia, toward optimal health status has not been fully achieved. This is caused by the high incidence of anemia. The incidence of anemia is included in the 10 diseases in Hospital Achmad Mochtar Bukittinggi. Anemia is a decrease in capacity of the blood to carry oxygen symptoms of anemia of an underlying condition, such as loss of blood components, elements inadequate or lack of nutrients needed for the formation of blood cells, resulting in decreased capacity of oxygen-carrying blood and there are many types of anemia with different causes; it can occur due to a decrease of Red Blood Cells (SDM), and / or a decrease in hemoglobin (Hb) in the blood disease anemia, which is characterized by levels of hemoglobin (Hb) and red blood cells (erythrocytes) lower than normal. If the hemoglobin level is less than 14 g / dl and erythrocyte less than 41% in men, the man is said to be anemic. Similarly, in women, women who have a hemoglobin level less than 12 g / dl and erythrocyte less than 37%, then the woman said to anemia, characterized by weak, tired, lethargic, dizzy eyes, power fikir decreased, and endurance decreases. Tn.A aged 65 years, with complaints of head feels dizzy, activity in most families help, pale face Hb 8.2 g / dl, so the priority dignosa nursing, activity intolerance, fatigue, self-care deficit bathing. Intolerance nursing action plan aktifas evaluation is not resolved, not resolved Fatigue evaluation, self-care deficit bathing evaluation issue is resolved. Advice to hospital institutions to implement nursing care in patients with good and competent Anemia.

Keywords :

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Laporan Studi Kasus berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.A Dengan Anemia Di Ruangan Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016” ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, Juli 2016
Pembimbing



Ns. Yuli Permata Sari, M.Kep
NIK : 1440122078614104

Mengetahui
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang

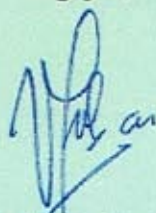


Ns. Endra Amalia, S.Kep, M.Kep
NIK : 1420123106993012

PERNYATAAN PENGUJI

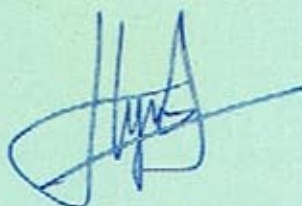
Laporan Studi Kasus berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.A Dengan Anemia Di Ruangan Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016" ini telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Tim Penguji
Penguji I,



Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
NIK : 1420114098511072

Penguji II,



Ns. Yuli Permata Sari, M.Kep
NIK : 1440122078614104

Al-Fatiha

Dia mengajarkan manusia apa yang tidak diketahuinya (QS: Al-'Alaq 1-5)
Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan? (QS: Ar-Rahman 13)
Niscaya Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang yang
diberi ilmu beberapa derajat(QS: Al-Mujadilah 11)

Alhamdulillah.. Alhamdulillah.. Alhamdulillahirobbil' alamin..

*Sujud syukurku kusembahkan kepadamu yang Maha Agung nan Maha Tinggi nan Maha Agung
nan Maha Pengayng, atas takdirmu telah kau jadikan aku manusia yang senantiasa berpikir,
berilmu, beriman dan bersabar dalam menjalani kehidupan ini.*

*Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal
bagiku untuk meraih cita-cita besarku.*

*Hari ini telah tiba, hari yang paling berjariah di awal perjuangan hidupku untuk mencapai
cita-cita ku yang selama ini ku impikan dan langkah awal untuk
membahagiakan kedua orang tua ku
serta keluarga ku.*

*Tiga tahun yang lama ini ku jalani dengan penuh kesabaran dengan hadirnya
ujian dan cobaan, yang akhirnya berubah tagis kebahagiaan
untukku, dan untuk mereka yang
menyayangiku.*

*Kupensembahkan sebuah karya kecil ini untuk Ayahanda dan Ibundaku tercinta, yang
tiada pernah hentinya selama ini memberiku semangat, doa, dorongan, nasehat dan kasih
sayang serta pengorbanan yang tak tergantikan hingga aku selalu kuat menjalani setiap
rintangan yang ada di depanku... Ayah... Ibu.. terimalah bukti kecil ini sebagai hudo
keseriusanku untuk membalas semua pengorbananmu.. dalam hidupmu demi hidupku kalian
ikhlas mengorbankan segala perasaan tanpa kenal lelah, dalam lapar berjuang separuh nyawa
hingga segalanya.. Maafkan anakmu Ayah... Ibu,
masih saja ananda menyusahkanmu..*

*Dalam silah di lima waktu mulai fajar terbit hingga terbenam.. seraya tangisku
menandah "..ya Allah ya Rahman ya Rahim.. Terimakasih telah kau tempatkan aku
di antara kedua malaikatmu yang setiap waktu telah menjagaku.. mendidikku, membimbingku
dengan baik.. ya Allah berikanlah balasan setimpal surga firdaus untuk mereka nanti dan
jauhkanlah mereka nanti dari panasnya sengat hawa api nerakamu...
Untukmu Ayah (Anasri)... Ibu (Edidar)... Terimakasih...*

Dalam setiap langkahku aku berusaha mewujudkan harapan-harapan yang kalian impikan di diriku, meski belum semua itu kuwaih " Insyallah atas dukungan doa dan restu semua mimpi itu akan terjawab di masa penuh kehangatan nanti. "

Karaya tulis ini ku persembahkan juga untuk kakak, dan adik ku tersayang (Nisa, Bima, Riko, dan Riri) yang selalu memberikan dorongan do'a dan semangat serta motivasi yang membuat kuterus semangat untuk menggapai Cita-citaku, terima kasih Kakakku dan adikkku untuk semua nya, adikmu ini sangat menyayangimu".

Ku persembahkan kebahagiaan dan rasa terima kasih ini kepada dosen Pembimbing ku,

Ibu (Nc. Yuli Permata Sari, M.Kep) terima kasih bu, telah bersedia mengorbankan sebagian waktunya untuk membimbingku, berbagi ilmu kepada ku, terimakasih atas segala nya yang ibu berikan semoga Allah senantiasa membalas semua kebaikan yang telah Ibu perbuat "

dan kepada seluruh staff pengajar DIII Keperawatan yang bagiku sudah seperti bagian dari keluarga sendiri, merekahlah (Nc. Endra Amalia, M.Kep)

Ka. Prodi DIII Keperawatan "Terima kasih bu, atas bimbingan serta nasihatnya, ibu sudah seperti orang tua ku " (Nc. Vera Sisrianty, S.Kep) "

Terima kasih banyak bu Nc, telah memberikan semangit, motivasi, dan bimbingan serta nasihat yang ibu berikan, selama saya memperjuangkan untuk bisa di wisudakan "

(Bapak Nc. Anil Basya, S.Kep, Bapak Nc. Falerisiiska Yunere, M.Kep, Bapak Nc. Muhammad Hafid, M.Kep, Ibu Nc. Kalpana Kartika, M.Kep, Nc. Ernandita Rosya, M.Kep) terimakasih atas ilmu yang telah diberikan selama ini semoga ilmu yang diberikan bisa menjadi manfaat secara pribadi maupun secara sosial.

Kemudian kepada teman teman DIII Keperawatan angkatan XXV, kawan terima kasih untuk semuanya, semua senyum dan tawa kalian akan mengiringi langkah ku selanjutnya, semoga perisahatan kita abadi..

Amin...

Pipi Maya Kartika, Snd. Kep

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala Puji Syukur bagi Sang Kholik yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya yang telah dilimpahkan sebagai sumber kekuatan hati dan peneguhan iman sampai akhirnya penulis dapat menyelesaikan Penyusunan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.A dengan Anemia di Ruang Rawat Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”** tanpa nikmat sehat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini.

Sholawat berangkaikan salam juga selalu tercurahkan kepada junjungan Nabi Muhammad SAW, semoga atas ijin ALLAH SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan Syafaatnya nanti. Aamiin Aamiin Yarobbal Aalamiin.

Penulisan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd.Kep Program Studi D-III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini. Oleh karna itu, Penulis mengucapkan banyak terimakasih terutama kepada Yth. Ibu Ns.Yuli

Permata Sari,M.Kep dan Ibu Ns.Yenita Roza,S.kep Kepala Ruangan Rawat Interne Pria RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktunya dengan penuh perhatian memberi arahan, petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan. Seterusnya ucapan terima kasih saya yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.KpM.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Bukittinggi Sumatra Barat.
2. Ibu Ns.Endra Amalia, M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
4. Ns.Ernalinda Rosya, M.Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pendidikan.
5. Bapak dan Ibu dosen pengajar D III Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat yang telah banyak memberikan ilmu serta bimbingan yang bermanfaat bagi penulis.
6. Bapak dan Ibu dosen serta Staf StiKes Perintis Padang, yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pendidikan.
7. Terkhusus kepada kedua orang tuaku tercinta dan seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moril maupun material serta do'a yang tulus dan ikhlas demi kesuksesan Penulis.
8. Seluruh teman-teman, serta rekan-rekan mahasiswa lain yang telah banyak memberikan motivasi dan bantuan dalam bentuk apapun mulai saat pendidikan sampai terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan ilmu, waktu dan pengalaman yang penulis miliki. Untuk itu penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan penulisan ini.

Akhir kata Kepada ALLAH SWT. Penulis menyerahkan segalanya dan berharap semoga Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini bisa diterima dan dapat dijadikan bahan bacaan untuk penulisan-penulisan yang berhubungan dengan Anemia.

Bukittinggi, Juli 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

| | |
|----------------------------------------|------------|
| HALAMAN SAMPUL | |
| HALAMAN JUDUL | |
| ABSTRAK | |
| PERNYATAAN PERSETUJUAN | |
| PERNYATAAN PENGUJI | |
| HALAMAN PERSEMBAHAN | |
| KATA PENGANTAR..... | i |
| DAFTAR ISI..... | iv |
| DAFTAR GAMBAR..... | vi |
| DAFTAR TABEL | vii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Tujuan Penulisan | |
| 1.2.1 Tujuan Umum | 5 |
| 1.2.2 Tujuan Khusus | 5 |
| 1.3 Manfaat Penulisan | |
| 1.3.1 Bagi Penulis | 6 |
| 1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan | 6 |
| 1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit | 6 |
| BAB II TINJAUAN TEORITIS | |
| 2.1 Konsep Dasar Anemia | |
| 2.1.1 Pengertian..... | 7 |
| 2.1.2 Anatomi Fisiologi | 8 |
| 2.1.3 Etiologi..... | 19 |
| 2.1.4 Patofisiologi / WOC..... | 20 |
| 2.1.5 Manifestasi Klinis | 23 |
| 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang | 23 |
| 2.1.7 Penatalaksanaan | 25 |
| 2.1.8 Komplikasi | 26 |
| 2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis | |
| 2.2.1 Pengkajian..... | 27 |

| | | |
|-------|-------------------|----|
| 2.2.2 | Diagnosa..... | 31 |
| 2.2.3 | Intervensi..... | 32 |
| 2.2.4 | Implementasi..... | 44 |
| 2.2.5 | Evaluasi..... | 46 |

BAB III TINJAUAN KASUS

| | | |
|-------|---------------------------|----|
| 3.1 | Asuhan Keperawatan | |
| 3.1.1 | Pengkajian..... | 45 |
| 3.1.2 | Diagnosa Keperawatan..... | 61 |
| 3.1.3 | Intervensi..... | 62 |
| 3.1.4 | Catatan Perkembangan..... | 66 |

BAB IV PEMBAHASAN

| | | |
|------|-------------------------------|----|
| 4.1. | Pengkajian..... | 75 |
| 4.2. | Diagnosa Keperawatan | 76 |
| 4.3. | Intervensi Keperawatan | 77 |
| 4.4. | Implementasi Keperawatan..... | 78 |
| 4.5. | Evaluasi..... | 79 |

BAB V PENUTUP

| | | |
|------|------------------|----|
| 5.1. | Kesimpulan | 81 |
| 5.2. | Saran | 83 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--------------------------------------------------|---|
| Gambar 2.1.2.1 Anatomi Sel darah merah..... | 7 |
| Gambar 2.1.2.2 Fisiologi Pembentukan darah | 9 |

DAFTAR TABEL

| | |
|-------------------------------------|----|
| Tabel 3.1 Rencana Askep..... | 32 |
| Tabel 3.2 Kebutuhan Dasar..... | 51 |
| Tabel 3.4 Analisa Data..... | 59 |
| Tabel 3.5 Intervensi..... | 62 |
| Tabel 3.6 Catatan Perkembangan..... | 66 |

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembaran Konsul

Lampiran 2 Absensi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anemia merupakan kondisi dimana seseorang mengalami kekurangan volume sel darah merah dan rendahnya konsentrasi hemoglobin dalam darah. Anemia juga dapat diartikan sebagai keadaan sel darah merah yang tidak dapat membawa oksigen yang cukup ke dalam jaringan tubuh (WHO, 2006). Anemia merupakan masalah global yang dimiliki oleh hampir seluruh negara, baik negara maju ataupun negara berkembang. Berdasarkan hasil penelitian WHO tahun 1998, prevalensi anemia defisiensi besi di Asia adalah >75%, Afrika Timur 47%, Afrika Barat 56%, serta di Australia dan New Zealand adalah 20% (ACC/SCN, 2000). Sedangkan untuk negara barat seperti Eropa dan Amerika, prevalensi anemia defisiensi besi adalah sekitar 18-29% (WHO, 2006).

Anemia dapat disebabkan oleh beberapa faktor langsung, yaitu adanya pendarahan yang mungkin disebabkan karena menstruasi, infeksi cacing, dan penyakit infeksi akut atau kronis. Kurangnya produksi sel darah merah dikarenakan defisiensi beberapa zat gizi seperti defisiensi besi, asam folat, vitamin B12, protein, vitamin C, vitamin A, seng, riboflavin dan copper. Rendahnya penyerapan zat besi karena mengkonsumsi zat lain yang menghambat penyerapannya, seperti phytate dan phenolic. Yang terakhir adalah adanya peningkatan kebutuhan zat besi karena hamil dan masa pertumbuhan (Ramakrishnan, 2001 ; Price dan Wilson, 2006 ; WHO, 2008). Menurut WHO

anemia defisiensi besi dapat menyebabkan kehilangan dari hidup yang sehat yang dinyatakan dalam DALY (Disability-Adjusted Life Years) sebesar 2,4% dari total DALY di seluruh dunia yaitu sekitar 25 juta. Anemia defisiensi besi juga memiliki angka mortalitas yang tinggi yaitu sekitar 40% dari sekitar 56 milyar kematian setiap tahunnya di dunia (WHO, 2002).

Tidak ada satupun wilayah di dunia bebas dari kejadian anemia, bahkan Amerika Serikat yang merupakan negara maju 12 mempunyai prevalensi defisiensi besi sekitar 9-11% wanita tidak hamil usia 16-49 tahun dan 2-5% diantaranya menderita anemia defisiensi besi (ADB) (Scholl et al., 2005). Organisasi WHO (2008) melaporkan bahwa prevalensi anemia pada wanita tidak hamil yaitu 30,2% atau 468,4 juta orang. Prevalensi anemia pada wanita tidak hamil di kawasan Asia Tenggara (usia 15-49 tahun) adalah 45,7%, sedangkan pada anak usia sekolah (5-15 tahun) sebesar 13,6% (WHO, 2001). Salah satu kelompok yang rentan mengalami anemia adalah remaja putri dan hal ini terbukti dengan masih tingginya prevalensi anemia defisiensi besi pada remaja putri. Anemia merupakan kelainan yang sangat sering dijumpai baik di klinik maupun di lapangan.

Diperkirakan lebih dari 30% penduduk dunia atau 1500 juta orang menderita anemia dan sebagian besar tinggal di daerah tropik. Berdasarkan penelitian WHO tahun 1993-2005, secara global 1,62 miliar orang atau sekitar 24,8% terkena anemia. Prevalensi tertinggi terdapat pada anak pra sekolah sebesar 47,4%, wanita hamil 41,8%, wanita tidak hamil 30,2%, anak sekolah 25,4%, lansia 23,9%, dan terendah pada pria dewasa sebesar 12,7% (WHO, 2008). Indonesia

memiliki prevalensi anemia pada wanita tidak hamil usia reproduktif mencapai 33,1%, lebih tinggi dari prevalensi anemia di dunia (WHO, 2008).

Prevalensi anemia di Indonesia menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2006 pada wanita tidak hamil/produktif adalah 33,1 %. Anemia merupakan masalah gizi yang umum terjadi di dunia, terutama di negara berkembang. Berdasarkan Riskesdas (2013), dilaporkan bahwa angka kejadian anemia secara nasional adalah sebesar 21,7%, dimana 18,4% terjadi pada laki-laki dan 23,9% terjadi pada perempuan. Sedangkan berdasarkan pada kriteria usia 5-14 tahun mencapai 26,4% dan pada usia 15-25 tahun mencapai 18,4. Berdasarkan data semua kelompok umur tersebut, wanita memiliki prevalensi tertinggi mengalami anemia, termasuk diantaranya adalah remaja putri.

Hasil Sensus Penduduk tahun 2010 menunjukkan bahwa 63,4 juta dari jumlah penduduk Indonesia adalah remaja yang terdiri dari remaja putri sebanyak 31,2 juta jiwa (49,30%) (Wahyuni & Rahmadewi, 2011). Sedangkan di Indonesia, berdasarkan hasil Riskesdas (2013), prevalensi anemia sebesar 21,7% dengan proporsi 18,4% pada laki-laki dan 23,9% pada perempuan. Prevalensi anemia untuk Daerah Istimewa 2 Yogyakarta (DIY) sendiri adalah 15,0% dengan rincian 20,9% untuk perempuan, 11,6% untuk laki-laki, dan 8,7% untuk anak-anak (Depkes RI, 2008). Sedangkan faktor tidak langsung penyebab anemia adalah kebiasaan merokok dan minum alkohol, kebiasaan sarapan pagi, sosial ekonomi dan demografi, pendidikan, jenis kelamin, umur, dan wilayah tempat tinggal (geografis) (Permaesih dan Herman, 2005). Anemia yang lebih dikenal masyarakat sebagai penyakit kurang darah merupakan berkurangnya hingga

dibawah normal sel darah merah matang yang membawa oksigen keseluruh jaringan yang dijalankan oleh protein yang disebut *hemoglobin* (Hb) dengan level normal antara 11,5 – 16,5 gr/dL untuk perempuan dan 12,5 – 18,5 gr/dL untuk laki – laki (Suryoprajogo, 2009).

Anemia gizi besi merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia hingga sampai saat ini. Tingginya prevalensi anemia gizi besi antara lain disebabkan oleh asupan zat besi yang tidak cukup, kehilangan darah secara kronis, gangguan penyerapan zat besi, dan peningkatan kebutuhan zat gizi pada masa pertumbuhan, masa pubertas, masa kehamilan dan menyusui, serta kejadian infeksi dan parasit seperti malaria, TBC, HIV dan kecacingan (Arisman, 2009). menurut Provinsi 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). Menurut data yang di temukan di Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016, Pasien menderita penyakit Anemia sebanyak 42 % . Keluhan dari pasien anemia Pucat, konjungtiva anemis, Hb kurang dari batas normal, pasien terlihat lemah letih dan sering pusing. Dari penjelasan diatas, maka penulis tertarik mengetahui lebih lanjut bagaimana menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan Anemia diruang Rawat Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2016

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien Tn.A dengan anemia,serta mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan dengan anemia di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi Tahun 2016

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Mampu menyusun konsep dasar asuhan keperawatan pada klien Tn.A dengan anemia Di Ruang Rawat Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi Tahun 2016.

1.2.2.2 Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam menunjang asuhan keperawatan pada klien Tn.A dengan Anemia Di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi Tahun 2016.

1.2.2.3 Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan klien Tn.A dengan Anemia Di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi Tahun 2016.

1.2.2.4 Mampu menentukan perencanaan asuhan keperawatan pada klien Tn.A dengan Anemia Di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukitinggi Tahun 2016.

1.2.2.5 Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan klien Tn.A dengan Anemia Di Ruang Rawat Inap

Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.

1.2.2.6 Mampu melaksanakan evaluasi pada asuhan keperawatan klien Tn.A dengan Anemia Di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.

1.2.2.7 Mampu membuat dokumentasi keperawatan pada klien dengan Anemia Di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Bagi Penulis

Diharapkan dapat menambah pemahaman penulis tentang asuhan keperawatan klien dengan anemia. Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman penulis dalam menyusun asuhan keperawatan klien dengan anemia.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai penyumbang ilmu asuhan keperawatan klien dengan anemia, sehingga dapat menambah referensi dan acuan dalam memahami asuhan keperawatan klien dengan anemia.

1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit

Memberikan masukan pada tenaga kesehatan rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus anemia.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 KONSEP DASAR

2.1.1 Pengertian

Anemia didefinisikan sebagai penurunan volume eritrosit atau kadar Hb sampai di bawah rentang nilai yang berlaku untuk orang sehat. Anemia adalah gejala dari kondisi yang mendasari, seperti kehilangan komponen darah, elemen tidak adekuat atau kurang nutrisi yang dibutuhkan untuk pembentukan sel darah, yang mengakibatkan penurunan kapasitas pengangkut oksigen darah dan ada banyak tipe anemia dengan beragam penyebabnya. (Marilyn E, Doenges, Jakarta, 2002). Anemia adalah berkurangnya hingga di bawah nilai normal sel darah merah, kualitas hemoglobin dan volume packed red bloods cells (hematokrit) per 100 ml darah (Price, 2006 : 256). Anemia adalah suatu kondisi dimana terjadi penurunan kadar hemoglobin (Hb) atau sel darah merah (eritrosit) sehingga menyebabkan penurunan kapasitas sel darah merah dalam membawa oksigen (Badan POM, 2011)

Anemia adalah penyakit kurang darah, yang ditandai dengan kadar hemoglobin (Hb) dan sel darah merah (eritrosit) lebih rendah dibandingkan normal. Jika kadar hemoglobin kurang dari 14 g/dl dan eritrosit kurang dari 41% pada pria, maka pria tersebut dikatakan anemia. Demikian pula pada wanita, wanita yang memiliki kadar hemoglobin kurang dari 12 g/dl dan eritrosit kurang dari 37%, maka wanita itu dikatakan anemia. Anemia bukan

merupakan penyakit, melainkan merupakan pencerminan keadaan suatu penyakit atau akibat gangguan fungsi tubuh. Secara fisiologis anemia terjadi apabila terdapat kekurangan jumlah hemoglobin untuk mengangkut oksigen ke jaringan

Klasifikasi Penyakit Anemia

Klasifikasi anemia ringan sedang dan berat yang diukur melalui derajat WHO, diantaranya dapat dilihat melalui :

Anemia ringan sekali : Hb 10.00 gr% - 13.00 gr%

Anemia ringan : Hb 8.00 gr% - 9.90 gr%

Anemia sedang : Hb 6.00 gr% - 7.90 gr%

Anemia berat : Hb < 6.00 gr%

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

2.1.2.1 Anatomi Darah

Bagian – bagian darah

Sel-sel darah

1. Sel darah merah (Eritrosit)

Sel-Sel Darah



Gambar 2.1 Sel Darah

Sel darah merah (eritrosit) bentuknya seperti cakram/ bikonkaf dan tidak mempunyai inti. Ukuran diameter kira-kira 7,7 unit (0,007 mm), tidak dapat bergerak. Banyaknya kira-kira 5 juta dalam 1 mm³ (41/2 juta).Warnanya kuning kemerahan, karena didalamnya mengandung suatu zat yang disebut hemoglobin, warna ini akan bertambah merah jika di dalamnya banyak mengandung oksigen. Eritrosit terbungkus dalam membran sel dengan permeabilitas tinggi. Membran ini elastis dan flexible, sehingga memungkinkan eritrosit menembus kapilar (pembuluh darah terkecil). Setiap eritrosit mengandung sekitar 300 juta molekul hemoglobin, sejenis pernafasan yang mengikat oksigen. Volume hemoglobin mencapai sepertiga volume sel. Hemoglobin adalah protein pigmen yang memberi warna merah pada darah. Setiap hemoglobin terdiri dari protein yang disebut globin dan pigmen non-protein yang disebut heme.

Setiap heme berikatan dengan rantai polipeptida yang mengandung besi (Fe^{2+}). Fungsi utama hemoglobin adalah mengangkut oksigen dari paru-paru membentuk oksihemoglobin. Fungsi sel darah merah adalah mengikat oksigen dari paru-paru untuk diedarkan ke seluruh jaringan tubuh dan mengikat karbon dioksida dari jaringan tubuh untuk dikeluarkan melalui paru-paru. Pengikatan oksigen dan karbon dioksida ini dikerjakan oleh hemoglobin yang telah bersenyawa dengan oksigen yang disebut oksihemoglobin ($Hb + oksigen \rightleftharpoons Hb-oksigen$) jadi oksigen diangkut dari seluruh tubuh sebagai oksihemoglobin yang nantinya setelah tiba di jaringan akan dilepaskan: $Hb-oksigen \rightleftharpoons Hb + oksigen$, dan seterusnya. Hb tadi akan bersenyawa dengan karbon dioksida dan

disebut karbon dioksida hemoglobin (Hb + karbon dioksida Hb-karbon dioksida) yang mana karbon dioksida tersebut akan dikeluarkan di paru-paru.

Sel darah merah (eritrosit) diproduksi di dalam sumsum tulang merah, limpa dan hati. Pembentukan eritrosit disebut juga eritropoiesis. Eritropoiesis terjadi di sumsum tulang. Pembentukannya diatur oleh suatu hormon glikoprotein yang disebut dengan eritropoietin. Sel pertama yang diketahui sebagai rangkaian pembentukan eritrosit disebut Proeritroblas. Dengan rangsangan yang sesuai maka dari sel-sel tunas (stem cell) ini dapat dibentuk banyak sekali sel. Proeritroblas kemudian akan membelah beberapa kali. Sel-sel baru dari generasi pertama ini disebut sebagai basofil eritroblas sebab dapat di cat dengan zat warna basa.

Sel-sel ini mengandung sedikit sekali hemoglobin. Pada tahap berikutnya akan terbentuk cukup hemoglobin yang disebut Polikromatofil eritroblas. Sesudah terjadi pembelahan berikutnya maka akan terbentuk lebih banyak lagi hemoglobin. Sel-sel ini disebut Ortokromatik eritroblas dimana warnanya menjadi merah. Akhirnya bila sitoplasma dari sel-sel ini sudah dipenuhi oleh hemoglobin hingga mencapai konsentrasi kurang lebih 34%, nukleus akan memadat sampai ukurannya menjadi kecil dan terdorong dari sel.

Sel-sel ini di sebut retikulosit. Retikulosit berkembang menjadi eritrosit dalam satu sampai dua hari setelah di lepaskan dari sumsum tulang dan siap diedarkan dalam sirkulasi darah, yang kemudian akan beredar di dalam tubuh selama lebih kurang 114 - 115 hari, setelah itu akan mati. Hemoglobin yang keluar dari eritrosit yang mati akan terurai menjadi dua zat yaitu hematin yang

mengandung zat besi (Fe) yang berguna untuk membuat eritrosit baru dan hemoglobin yaitu suatu zat yang terdapat didalam eritrosit yang berguna untuk mengikat oksigen dan karbon dioksida. Eritrosit yang telah tua akan dimakan oleh sel-sel fagosit yang ada di dalam hati dan limpa. Di dalam hati hemoglobin akan di ubah menjadi pigmen empedu (Bilirubin) yang berwarna kehijauan. Jumlah normal pada orang dewasa kira- kira 11,5 – 15 gram dalam 100 cc darah. Normal Hb wanita 11,5 mg% dan laki-laki 13,0 mg%. Sel darah merah memerlukan protein karena strukturnya terdiri dari asam amino dan memerlukan pula zat besi, sehingga diperlukan diit seimbang zat besi.

Di dalam tubuh banyaknya sel darah merah ini bisa berkurang, demikian juga banyaknya hemoglobin dalam sel darah merah. Apabila kedua-duanya berkurang maka keadaan ini disebut anemia, yang biasanya disebabkan oleh perdarahan yang hebat, penyakit yang melisis eritrosit, dan tempat pembuatan eritrosit terganggu. Sel darah merah (eritrosit) bentuknya seperti cakram/ bikonkaf dan tidak mempunyai inti. Ukuran diameter kira-kira 7,7 unit (0,007 mm), tidak dapat bergerak. Banyaknya kira-kira 5 juta dalam 1 mm³ (41/2 juta). Warnanya kuning kemerahan, karena didalamnya mengandung suatu zat yang disebut hemoglobin, warna ini akan bertambah merah jika di dalamnya banyak mengandung oksigen. Eritrosit terbungkus dalam membran sel dengan permeabilitas tinggi.

Membran ini elastis dan flexible, sehingga memungkinkan eritrosit menembus kapilar (pembuluh darah terkecil). Setiap eritrosit mengandung sekitar 300 juta molekul hemoglobin, sejenis pernafasan yang mengikat oksigen. Volume hemoglobin mencapai sepertiga volume sel. Hemoglobin adalah protein

pigmen yang memberi warna merah pada darah. Setiap hemoglobin terdiri dari protein yang disebut globin dan pigmen non-protein yang disebut heme. Setiap heme berikatan dengan rantai polipeptida yang mengandung besi (Fe^{2+}). Fungsi utama hemoglobin adalah mengangkut oksigen dari paru-paru membentuk oksihemoglobin.

Fungsi sel darah merah adalah mengikat oksigen dari paru-paru untuk diedarkan ke seluruh jaringan tubuh dan mengikat karbon dioksida dari jaringan tubuh untuk dikeluarkan melalui paru-paru. Pengikatan oksigen dan karbon dioksida ini dikerjakan oleh hemoglobin yang telah bersenyawa dengan oksigen yang disebut oksihemoglobin ($\text{Hb} + \text{oksigen} \rightarrow \text{Hb-oksigen}$) jadi oksigen diangkut dari seluruh tubuh sebagai oksihemoglobin yang nantinya setelah tiba di jaringan akan dilepaskan: $\text{Hb-oksigen} \rightarrow \text{Hb} + \text{oksigen}$, dan seterusnya. Hb tadi akan bersenyawa dengan karbon dioksida dan disebut karbon dioksida hemoglobin ($\text{Hb} + \text{karbon dioksida} \rightarrow \text{Hb-karbon dioksida}$) yang mana karbon dioksida tersebut akan dikeluarkan di paru-paru. Sel darah merah (eritrosit) diproduksi di dalam sumsum tulang merah, limpa dan hati. Pembentukan eritrosit disebut juga eritropoiesis. Eritropoiesis terjadi di sumsum tulang. Pembentukannya diatur oleh suatu hormon glikoprotein yang disebut dengan eritropoietin.

Sel pertama yang diketahui sebagai rangkaian pembentukan eritrosit disebut Proeritroblas. Dengan rangsangan yang sesuai maka dari sel-sel tunas (stem cell) ini dapat dibentuk banyak sekali sel. Proeritroblas kemudian akan membelah beberapa kali. Sel-sel baru dari generasi pertama ini disebut sebagai basofil eritroblas sebab dapat di cat dengan zat warna basa. Sel-sel ini

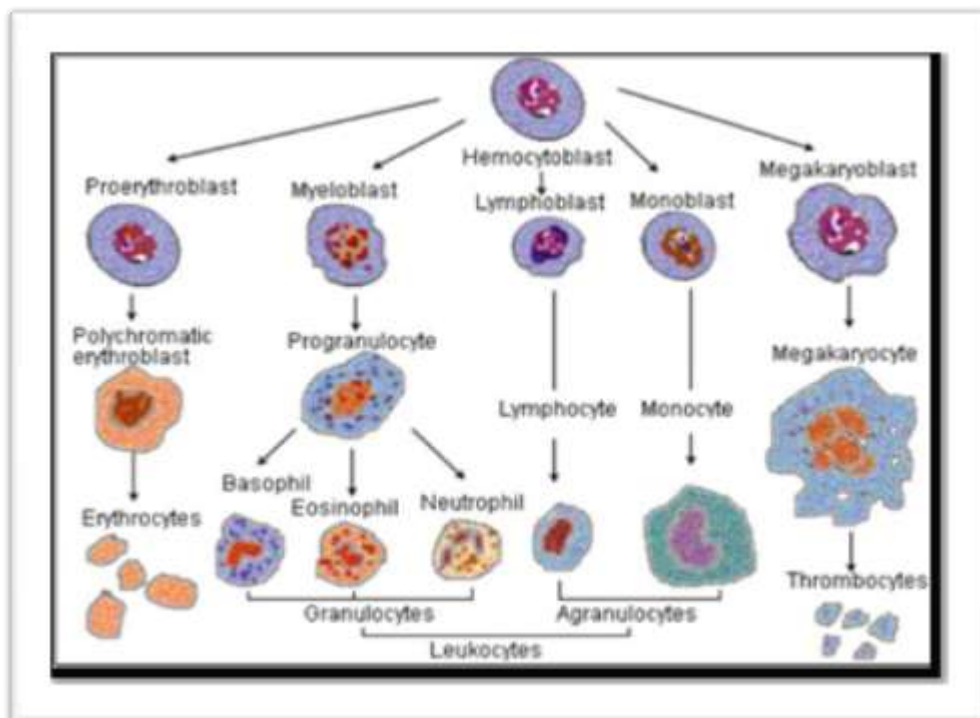
mengandung sedikit sekali hemoglobin. Pada tahap berikutnya akan terbentuk cukup hemoglobin yang disebut Polikromatofil eritroblas. Sesudah terjadi pembelahan berikutnya maka akan terbentuk lebih banyak lagi hemoglobin.

Sel-sel ini disebut Ortokromatik eritroblas dimana warnanya menjadi merah. Akhirnya bila sitoplasma dari sel-sel ini sudah dipenuhi oleh hemoglobin hingga mencapai konsentrasi kurang lebih 34%, nukleus akan memadat sampai ukurannya menjadi kecil dan terdorong dari sel. Sel-sel ini disebut retikulosit. Retikulosit berkembang menjadi eritrosit dalam satu sampai dua hari setelah di lepaskan dari sumsum tulang dan siap diedarkan dalam sirkulasi darah, yang kemudian akan beredar di dalam tubuh selama lebih kurang 114 - 115 hari, setelah itu akan mati. Hemoglobin yang keluar dari eritrosit yang mati akan terurai menjadi dua zat yaitu heme yang mengandung zat besi (Fe) yang berguna untuk membuat eritrosit baru dan hemoglobin yaitu suatu zat yang terdapat didalam eritrosit yang berguna untuk mengikat oksigen dan karbon dioksida. Eritrosit yang telah tua akan dimakan oleh sel-sel fagosit yang ada di dalam hati dan limpa. Di dalam hati hemoglobin akan di ubah menjadi pigmen empedu (Bilirubin) yang berwarna kehijauan.

Jumlah normal pada orang dewasa kira- kira 11,5 – 15 gram dalam 100 cc darah. Normal Hb wanita 11,5 mg% dan laki-laki 13,0 mg%. Sel darah merah memerlukan protein karena strukturnya terdiri dari asam amino dan memerlukan pula zat besi, sehingga diperlukan diit seimbang zat besi. Di dalam tubuh banyaknya sel darah merah ini bisa berkurang, demikian juga banyaknya hemoglobin dalam sel darah merah. Apabila kedua-duanya berkurang maka keadaan ini disebut anemia, yang biasanya disebabkan oleh

perdarahan yang hebat, penyakit yang melisis eritrosit, dan tempat pembuatan eritrosit terganggu

2.1.2.2 Fisiologi



Gambar 2.2 Hemopoiesis (pembentukan darah)

A. Struktur Eritrosit

Eritrosit matang merupakan suatu cakram bikonkaf dengan diameter sekitar 7 mikron. Eritrosit merupakan sel dengan struktur yang tidak lengkap. Sel ini hanya terdiri atas membrane dan sitoplasma tanpa inti sel.

Komponen eritrosit terdiri atas :

- 1) Membran eritrosit

- 2) Sistem enzim yang terpenting dalam Embden Meyerhoff pathway : pyruvate kinase, dalam pentose pathway : enzim G6PD (glucose 6-phosphate dehidrogenase)
- 3) Hemoglobin : berfungsi sebagai alat angkut oksigen. Komponennya terdiri atas :
 - a. Heme : yang merupakan gabungan protoporfirin dengan besi.
 - b. Globin : bagian protein yang terdiri atas 2 rantai alfa dan 2 rantai beta.

Perubahan struktur eritrosit akan menimbulkan

kelainan. Kelainan yang timbul karena kelainan membran disebut sebagai membranopati, kelainan akibat gangguan sistem enzim eritrosit disebut ensimopati, sedangkan kelainan akibat gangguan struktur hemoglobin disebut sebagai hemoglobinopati.

B. Destruksi Eritrosit

Destruksi yang terjadi karena proses penuaan disebut proses *senescence*, sedangkan destruksi patologik disebut hemolisis. Hemolisis dapat terjadi intravaskuler, dapat juga ekstrasvaskuler, terutama pada sistem RES, yaitu lien dan hati.

Hemolisis yang terjadi pada eritrosit akan mengakibatkan terurainya komponen-komponen hemoglobin menjadi berikut:

- 1) Komponen protein yaitu globin yang akan dikembalikan ke pool protein dan dapat dipakai kembali.
- 2) Komponen heme akan pecah menjadi dua, yaitu :
 - Besi : yang akan dikembalikan ke pool besi dan dipakai ulang.
 - Bilirubin : yang akan disekresikan melalui hati dan empedu

Kadar glukosa dalam darah sangat dipengaruhi fungsi hepar, pankreas, adenohipofisis dan adrenal. Glukosa yang berasal dari absorpsi makanan diintestin dialirkan ke hepar melalui vena porta, sebagian glukosa akan disimpan sebagai glikogen. Pada saat ini kadar glukosa di vena porta lebih tinggi daripada vena hepatica, setelah absorpsi selesai glikogen hepar dipecah lagi menjadi glukosa, sehingga kadar glukosa di vena hepatica lebih tinggi dari vena porta. Jadi hepar berperan sebagai glukostat. Pada keadaan normal glikogen di hepar cukup untuk mempertahankan kadar glukosa dalam beberapa hari, tetapi bila fungsi hepar terganggu akan mudah terjadi hipoglikemi atau hiperglikemi.

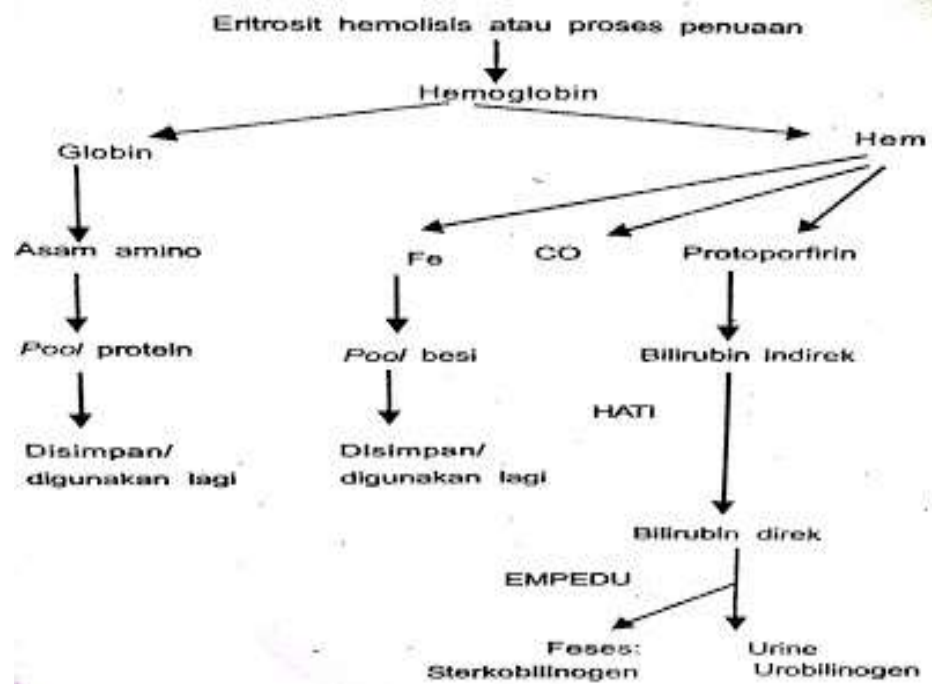
Sedangkan peran insulin dan glucagon sangat penting pada metabolisme karbohidrat. Glucagon menyebabkan glikogenolisis dengan merangsang adenilsiklase, enzim yang dibutuhkan untuk mengaktifkan fosforilase. Enzim fosforilase penting untuk glikogenolisis. Bila cadangan glikogen hepar menurun maka glukoneogenesis akan lebih aktif. Jumlah glukosa yang diambil dan dilepaskan oleh hati dan yang dipergunakan oleh jaringan perifer tergantung dari keseimbangan fisiologis beberapa hormon antara lain :

a. Hormon yang dapat merendahkan kadar gula darah yaitu insulin.

Kerja insulin yaitu merupakan hormon yang menurunkan glukosa darah dengan cara membantu glukosa darah masuk kedalam sel.

- 1) Glucagon yang disekresi oleh sel alfa pulau lengerhans.
- 2) Epinefrin yang disekresi oleh medula adrenal dan jaringan kromafin.
- 3) Glukokortikoid yang disekresikan oleh korteks adrenal.
- 4) Growth hormone yang disekresi oleh kelenjar hipofisis anterior.

- b. Glukogen, epineprin, glukokortikoid, dan growth hormone membentuk suatu mekanisme counter-regulator yang mencegah timbulnya hipoglikemia akibat pengaruh insulin.



Gambar 2.3 Skema Penghancuran Eritrosit

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bahan interseluler adalah cairan yang disebut plasma dan di dalamnya terdapat unsur-unsur padat, yaitu sel darah. Volume darah secara keseluruhan kira-kira merupakan 1/12 berat badan atau kira-kira 5 liter. Sekitar 55 persennya adalah cairan, sedangkan 45% sisanya terdiri atas sel darah. Angka ini dinyatakan dalam nilai hematokrit atau volume sel darah yang dipadatkan yang berkisar antara 40-47. Diwaktu sehat volume darah adalah konstan dan sampai batas tertentu diatur oleh tekanan osmotik dalam pembuluh darah dan dalam

jaringan. Kandungan yang ada di dalam darah :

- a. Air : 91%
- b. Protein : 3% (albumin, globulin, protombin, dan fibrinogen)
- c. Mineral : 0,9% (natrium klorida, natrium bikarbonat, garam fosfat, magnesium, kalsium dan zat besi.
- d. Bahan Organik : 0.1% (glukosa, lemak asam urat, keratinin, kolesterol dan asam amino)

Fungsi Darah :

- a. Sebagai alat pengangkut, yaitu :
 - Mengambil oksigen / zat pembakaran dari paru-paru untuk diedarkan keseluruh jaringan tubuh.
 - Mengangkut karbon dioksida dari jaringan untuk dikeluarkan melalui paru-paru.
 - Mengambil zat-zat makanan dari usus halus untuk diedarkan dan dibagikan keseluruh jaringan / alat tubuh.
 - Mengangkat / mengeluarkan zat-zat yang tidak berguna bagi tubuh untuk dikeluarkan melalui ginjal dan kulit. Mengedarkan hormon yaitu hormon untuk membantu proses fisiologis.
- b. Sebagai pertahanan tubuh terhadap serangan penyakit dan racun dalam tubuh dengan perantaraan leukosit dan antibodi / zat-zat anti racun.
- c. Menyebarkan panas keseluruh tubuh
- d. Menjaga kesetimbangan asam basa jaringan tubuh untuk menghindari kerusakan.

Karakteristik Darah :

Volume darah : 7% - 10% BB (5 Lt pada dewasa normal)Komponen darah Eritrosit, Leukosit, trombosit →40% - 45% volume darah; tersuspensi dalam plasma darah

PH darah : 7,37 – 7,45

Temp : 38°C

Viskositas lebih kental dari air dengan BJ 1,041 – 1,067

2.1.3 Etiologi

- 1) Hemolisis (eritrosit mudah pecah)
- 2) Perdarahan
- 3) Penekanan sumsum tulang (misalnya oleh kanker)
- 4) Defisiensi nutrient (nutrisional anemia), meliputi defisiensi besi, folic acid, piridoksin, vitamin C dan coppe

Menurut Badan POM (2011), Penyebab anemia yaitu:

1. asam folat, vitamin C, dan unsur-unsur yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah
2. Darah menstruasi yang berlebihan. Wanita yang sedang menstruasi rawan terkena anemia karena kekurangan zat besi bila darah menstruasinya banyak dan dia tidak memiliki cukup persediaan zat besi.
3. Kehamilan. Wanita yang hamil rawan terkena anemia karena janin menyerap zat besi dan vitamin untuk pertumbuhannya.
4. 4. Penyakit tertentu. Penyakit yang menyebabkan perdarahan terus-menerus di saluran pencernaan seperti gastritis dan radang usus buntu dapat menyebabkan anemia.

5. Obat-obatan tertentu. Beberapa jenis obat dapat menyebabkan perdarahan lambung (aspirin, anti inflamasi, dll). Obat lainnya dapat menyebabkan masalah dalam penyerapan zat besi dan vitamin (antasid, pil KB, antiarthritis, dll).
6. Operasi pengambilan sebagian atau seluruh lambung (gastrektomi). Ini dapat menyebabkan anemia karena tubuh kurang menyerap zat
7. besi dan vitamin B12.
8. Penyakit radang kronis seperti lupus, arthritis reumatik, penyakit ginjal, masalah pada kelenjar tiroid, beberapa jenis kanker dan penyakit lainnya dapat menyebabkan anemia karena mempengaruhi proses pembentukan sel darah merah.
9. Pada anak-anak, anemia dapat terjadi karena infeksi cacing tambang, malaria, atau disentri yang menyebabkan kekurangan darah yang parah.

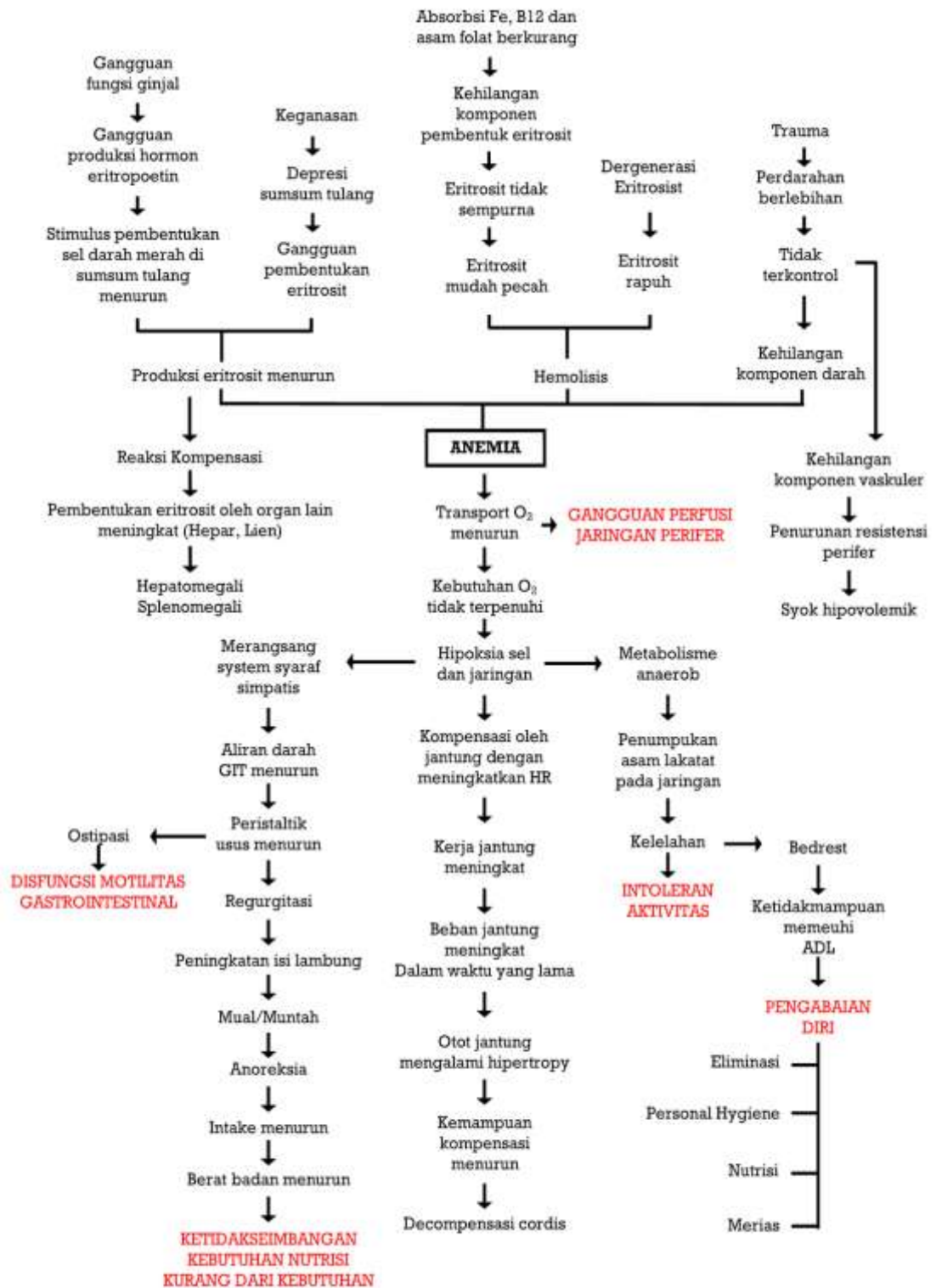
2.1.4 Patofisiologi

Anemia adalah penyakit kurang darah, yang ditandai dengan kadar hemoglobin (Hb) dan sel darah merah (eritrosit) lebih rendah dibandingkan normal. Jika kadar hemoglobin kurang dari 14 g/dl dan eritrosit kurang dari 41% pada pria, maka pria tersebut dikatakan anemia. Demikian pula pada wanita, wanita yang memiliki kadar hemoglobin kurang dari 12 g/dl dan eritrosit kurang dari 37%, maka wanita itu dikatakan anemia. Anemia bukan merupakan penyakit, melainkan merupakan pencerminan keadaan suatu penyakit atau akibat gangguan fungsi tubuh. Secara fisiologis anemia terjadi apabila terdapat kekurangan jumlah hemoglobin untuk mengangkut oksigen

ke jaringan. Anemia adalah suatu kondisi dimana terjadi penurunan kadar hemoglobin (Hb) atau sel darah merah (eritrosit) sehingga menyebabkan penurunan kapasitas sel darah merah dalam membawa oksigen (Badan POM, 2011)

Anemia adalah keadaan dimana jumlah sel darah merah atau konsentrasi hemoglobin turun dibawah normal. (Wong, 2003) Anemia didefinisikan sebagai penurunan volume eritrosit atau kadar Hb sampai di bawah rentang nilai yang berlaku untuk orang sehat. Anemia adalah gejala dari kondisi yang mendasari, seperti kehilangan komponen darah, elemen tidak adekuat atau kurang nutrisi yang dibutuhkan untuk pembentukan sel darah, yang mengakibatkan penurunan kapasitas pengangkut oksigen darah dan ada banyak tipe anemia dengan beragam penyebabnya. (Marilyn E, Doenges, Jakarta, 2002)

WOC



www.scribd.com

(Wong, 2003)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Gejala-gejala umum yang sering dijumpai pada pasien anemia antara lain : pucat, lemah, cepat lelah, keringat dingin, takikardi, hypotensi, palpitasi. (Barbara C. Long, 1996). Takipnea (saat latihan fisik), perubahan kulit dan mukosa (pada anemia defisiensi Fe). Anorexia, diare, ikterik sering dijumpai pada pasien anemia pernisiiosa (Arif Mansjoer, 2001)

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut wiwik, H.&Hariwibowo, pemeriksaan laboratorium pada klien dengan anemia adalah sebagai berikut.

- a. Pemeriksaan laboratorium hematologis dilakukan secara bertahap sebagai berikut :
 - 1) Tes penyaring, tes ini dikerjakan pada tahap awal pada setiap kasus anemia. Dengan pemeriksaan ini, dapat dipastikan adanya anemia dan bentuk morfologi anemia tersebut. Pemeriksaan ini meliputi pengkajian pada komponen-komponen berikut ini : kadar hemoglobin, indeks eritrosit, (MCV, MCV, Dan MCHC), apusan darah tepi.
 - 2) Pemeriksaan rutin merupakan pemeriksaan untuk mengetahui kelainan pada sistem leukosit dan trombosit. Pemeriksaan yang dikerjakan meliputi laju endap darah (LED), hitung diferensial, dan hitung retikulosit.
 - 3) Pemeriksaan sumsum tulang: pemeriksaan ini harus dikerjakan pada sebagian besar kasus anemia untuk mendapatkan diagnosis definitif meskipun ada beberapa kasus yang diagnosis nya tidak memerlukan pemeriksaan sumsum tulang.

- 4) Pemeriksaan atas indikasi khusus: pemeriksaan ini akan dikerjakan jika telah mempunyai dugaan diagnosis awal sehingga fungsinya adalah untuk mengonfirmasi dugaan diagnosis tersebut pemeriksaan tersebut memiliki komponen berikut ini:
 - a. Anemia defisiensi besi : serum iron, TIBC, saturasi transferin, dan feritin serum.
 - b. Anemia megaloblastik: asam folat darah/eritrosit, vitamin B12.
 - c. Anemia hemolitik: hitung retikulosit, tes coombs, dan elektroforesis Hb.
 - d. Anemia pada leukeimia akut biasanya dilakukan pemeriksaan sitokimia.
- b. Pemeriksaan laboratorium nonhematologis meliputi
 - 1) Faal ginjal
 - 2) Faal endokrin
 - 3) Asam urat
 - 4) Faal hati
 - 5) Biakan kuman
- c. Pemeriksaan penunjang lainnya, pada beberapa kasus anemia diperlukan pemeriksaan penunjang sebagai berikut :
- d. Biopsy kelenjar yang dilanjutkan dengan pemeriksaan histopatologi
- e. Radiologi: torak, bone survey, USG, atau linfangiografi.
- f. Pemeriksaan sitogenetik.
- g. Pemeriksaan biologi molekuler (PCR = polymerase chain reaction, FISH = fluorescence in situ hybridization).

2.1.7 Penatalaksanaan

1. Medis

Prinsip penatalaksanaan anemia defisiensi besi adalah mengetahui faktor penyebab dan mengatasinya serta memberi terapi penggantian dengan preparat besi. Pemberian preparat Fe dapat secara peroral atau parenteral

- 1) Terapi Oral Senyawa zat besi yang sederhana dan diberikan peroral adalah ferrous glukonat, fumarat, dan suksinat dengan dosis harian 4-6 mg/kg/hari besi elemental diberikan dalam 2-3 dosis. Penyerapan akan lebih baik jika lambung kosong, tetapi ini akan menimbulkan efek samping pada saluran cerna. Efek samping yang dapat terjadi adalah iritasi gastrointestinal, yang dapat menyebabkan rasa terbakar, nausea dan diare. Oleh karena itu pemberian besi bisa saat makan atau segera setelah makan, meskipun akan mengurangi absorpsi obat sekitar 40-50%. Preparat besi harus terus diberikan selama 2 bulan setelah anemia pada penderita teratasi.
- 2) Terapi parental Pemberian besi secara IM menimbulkan rasa sakit dan harganya mahal. Kemampuan untuk meningkatkan kadar Hb tidak lebih baik dibanding peroral. Indikasi parenteral: Tidak dapat mentoleransi Fe oral Kehilangan Fe (darah) yang cepat sehingga tidak dapat dikompensasi dengan Fe oral. Gangguan traktus gastrointestinal yang dapat memburuk dengan pemberian Fe oral (colitis ulserativa). Tidak dapat mengabsorpsi Fe melalui traktus gastrointestinal. Tidak dapat mempertahankan keseimbangan Fe pada hemodialisa Preparat yang sering diberikan adalah dekstran besi, larutan ini mengandung

50 mg besi/ml. Dosis dihitung berdasarkan : Dosis besi (mg)=BB(kg)
x kadar Hb yang diinginkan (g/dl) x 2,5

- 3) Terapi Transfusi Transfusi sel-sel darah merah atau darah lengkap, jarang diperlukan dalam penanganan anemia defisiensi Fe, kecuali bila terdapat pula perdarahan, anemia yang sangat berat atau yang disertai infeksi yang dapat mempengaruhi respon terapi. Secara umum untuk penderita anemia berat dengan kadar Hb <math>\lt;math>

2. Keperawatan

Penatalaksanaan anemia ditunjukkan untuk mencari penyebab dan mengganti darah yang hilang

1. Transpalasi sel darahmerah.
2. Antibiotik diberikan untuk mencegah infeksi.
3. Suplemen asam folat dapat merangsang pembentukan sel darah merah.
4. Menghindari situasi kekurangan oksigen atau aktivitas yang membutuhkan oksigen
5. Obati penyebab perdarahan abnormal bila ada.
6. Diet kaya besi yang mengandung daging dan sayuran hijau.

2.1.8 Komplikasi

Anemia juga menyebabkan daya tahan tubuh berkurang. Akibatnya, penderita anemia akan mudah terkena infeksi. Gampang batuk-pilek, gampang flu, atau gampang terkena infeksi saluran napas, jantung juga menjadi gampang lelah, karena harus memompa darah lebih kuat. Pada kasus ibu hamil dengan anemia, jika lambat ditangani dan berkelanjutan dapat menyebabkan

kematian, dan berisiko bagi janin. Selain bayi lahir dengan berat badan rendah, anemia bisa juga mengganggu perkembangan organ-organ tubuh, termasuk otak (Sjaifoellah, 1998).

2.2 Asuhan keperawatan teoritis.

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Anemia hendaknya dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan proses keperawatan.

Proses keperawatan adalah suatu metode sistematis untuk mengkaji respon manusia terhadap masalah-masalah dan membuat rencana keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah – masalah tersebut. Masalah-masalah kesehatan dapat berhubungan dengan klien keluarga juga orang terdekat atau masyarakat. Proses keperawatan mendokumentasikan kontribusi perawat dalam mengurangi / mengatasi masalah-masalah kesehatan.

Proses keperawatan terdiri dari lima tahapan, yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah utama dan dasar utama dari proses keperawatan yang mempunyai dua kegiatan pokok, yaitu :

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita , mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan penderita yang dapat diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

2. Anamnesa

a. Identitas penderita

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Biasanya klien datang ke rumah sakit dengan keluhan pucat, kelelahan, kelemahan, pusing.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Klien dengan anemia datang ke rumah sakit, biasanya dengan keluhan berupa: adanya keletihan, kelemahan, malaise umum, membutuhkan waktu tidur dan istirahat yang banyak, sakit kepala, nyeri mulut dan lidah, anoreksia, BB menurun, serta sulit untuk berkonsentrasi.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Klien memiliki riwayat konsumsi obat-obatan yang mempengaruhi sumsum tulang dan metabolisme asam folat, adanya riwayat kehilangan darah kronis, misalnya perdarahan GI kronis, menstruasi berat, angina, CHF. Selain itu terdapat juga riwayat penyakit antara lain endokarditis, pielonefritis, gagal ginjal, riwayat TB, abses paru, kanker. Riwayat penyakit hati, masalah hematologi, pembedahan dan penggunaan anti konvulsan masa lalu atau sekarang juga akan mempengaruhi anemia.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Kesehatan keluarga yang berhubungan dengan anemia, seperti kecenderungan keluarga untuk anemia, adanya anggota keluarga yang menderita anemia.

Apakah anggota keluarga pasien memiliki riwayat penyakit

keturunan seperti diabetes militus, penyakit jantung, struk ?

f. Riwayat psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

g. Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda – tanda vital.

Pucat, keletihan, kelemahan, nyeri kepala, demam, dispnea, vertigo, sensitif terhadap dingin, berat badan menurun.

2) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher, adakah gangguan pendengaran.

3) Sistem integumen

Turgor kulit kering, kuku rapuh.

4) Sistem pernafasan

Adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada.

Sistem kardiovaskuler

Takikardi, hipotensi, kardiomegali, gagal jantung.

5) Sistem gastrointestinal

Anoreksia.

6) Sistem urinary

Pada pola ini, biasanya bisa terjadi diare atau konstipasi, serta bisa terjadi penurunan haluaran urine.

7) Sistem muskuloskeletal

Nyeri pinggang, nyeri sendi.

8) Sistem neurologis

Nyeri kepala, bingung, mental depresi, cemas.

h. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah :

a. Tes penyaring

1) Kadar hemoglobin

2) Indeks eritrosit (MCV, MCH, dan MCHC)

3) Hapusan darah tepi

b. Pemeriksaan rutin

1. Laju endap darah

2. Hitung deferensial

3. Hitung retikulosit

c. Pemeriksaan sumsum tulang

d. Pemeriksaan atas indikasi khusus

1. Anemia defisiensi besi : serum iron, TIBC, saturasi transferin

2. Anemia megaloblastik : asam folat darah/eritrosit, vitamin B12

3. Anemia hemolitik : tes Coomb, elektroforesis Hb

4. Leukemia akut : pemeriksaan sitokimia

5. Diatesa hemoragik : tes faal hemostasis

e. Pemeriksaan laboratorium non hematologi

Pemeriksaan faal ginjal, hati, endokrin, asam urat, kultur

bakteri

f. Pemeriksaan penunjang lainnya

1. Biopsy kelenjar à PA
2. Radiologi : Foto Thoraks, USG, CT-Scan

2.2.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan Anemia secara teori menurut (NANDA 2015).

1. Perfusi jaringan tidak efektif.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari ke butuhan tubuh
3. Defisit perawatan diri
4. Resiko infeksi
5. Intoleransi aktifitas
6. Gangguan pertukaran gas
7. Ketidakefektifan pola nafas
8. Keletihan

2.2.3 Intervensi

| No | Diagnosa keperawatan | NOC | NIC |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Perfusi jaringan tidak efektif b/d penurunan konsentrasi Hb dan darah, suplai oksigen berkurang | Tujuan : <ul style="list-style-type: none"> - perfusi jaringan klien adekuat Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Membran mukosa merah - Konjungtiva tidak anemis - Akral hangat - Tanda-tanda vital dalam rentang normal | Intervensi : Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer) <ul style="list-style-type: none"> - Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul - Monitor adanya parestese - Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi - Gunakan sarung tangan untuk proteksi - Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung - Monitor kemampuan BAB - Kolaborasi pemberian analgetik |

| | | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Monitor adanya tromboplebitis - Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi |
| 2 | <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake yang kurang, anoreksia</p> | <p>Tujuan : nutrisi klien adekuat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan - Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan - Mampumengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak ada tanda tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi | <p>Intervensi :</p> <p>Nutrition Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Berikan substansi gula - Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi |

| | | | |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>pengecapan dari menelan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti - Pemasukan yang adekuat - Tanda-tanda malnutrisi - Membran konjungtiva dan mukos tidak pucat - Nilai Lab.: - Protein total: 6-8 gr% - Albumin: 3.5-5,3 gr % - Globulin 1,8-3,6 gr % - HB tidak kurang dari 10 gr | <p>serat untuk mencegah konstipasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) - Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan <p>Nutrition Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB pasien dalam batas normal - Monitor adanya penurunan berat badan - onitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none">- Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan- Monitor lingkungan selama makan- Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan- Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi- Monitor turgor kulit- Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah- Monitor mual dan muntah- Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht- Monitor makanan kesukaan- Monitor pertumbuhan dan perkembangan |
|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|---|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva - Monitor kalori dan intake nutrisi - Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral. - Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet |
| 3 | Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik | <p>Tujuan : kebutuhan mandiri klien terpenuhi</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terbebas dari bau badan - Menyatakan kenyamanan terhadap - kemampuan untuk melakukan ADLs - Dapat melakukan ADLS dengan bantuan | <p>Intervensi : <i>Infection Control (Kontrol infeksi)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain - Pertahankan teknik isolasi - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung |

| | | | |
|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>meninggalkan pasien</p> <ul style="list-style-type: none">- Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan- Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan- Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung- Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat- Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum- Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing- Tingkatkan intake nutrisi |
|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|----|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | - Berikan terapi antibiotik bila perlu |
| 4. | Risiko infeksi b/d imunitas tubuh menurun, prosedur invasive | <p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - imun klien meningkat <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal - Menunjukkan perilaku hidup sehat | <p>Intervensi :</p> <p>Exercise terapi ambulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan dan Bantu klien duduk di tempat tidur sesuai toleransi - Atur posisi setiap 2 jam atau sesuai toleransi - Fasilitasi penggunaan alat Bantu <p>Self care assistance:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bathing/hygiene, dressing, feeding and toileting. - Dorong keluarga untuk berpartisipasi untuk kegiatan mandi dan kebersihan diri, berpakaian, makan dan toileting klien - Berikan bantuan kebutuhan sehari – hari sampai klien dapat merawat secara mandiri |

| | | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kebersihan kuku, kulit, berpakaian , dietnya dan pola eliminasinya. - Monitor kemampuan perawatan diri klien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari - Dorong klien melakukan aktivitas normal keseharian sesuai kemampuan - Promosi aktivitas sesuai usia |
| 5 | Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen | <p>Tujuan : klien dapat beraktivitas</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berpartisipasi dalam aktivitas fisik dgn TD, HR, RR yang sesuai - Menyatakan gejala memburuknya efek dari OR&menyatakan onsetnya segera | <p>Intervensi : Toleransi aktivitasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menentukan penyebab intoleransi aktivitas&menentukan apakah penyebab dari fisik, psikis/motivasi - Observasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas. |

| | | | |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit normal, hangat & kering - Memverbalisasikan pentingnya aktivitas secara bertahap - Mengekspresikan pengertian pentingnya keseimbangan latihan & istirahat - Peningkatan toleransi aktivitas | <ul style="list-style-type: none"> - Kaji kesesuaian aktivitas & istirahat klien sehari-hari - ↑ aktivitas secara bertahap, biarkan klien berpartisipasi dapat perubahan posisi, berpindah & perawatan diri - Pastikan klien mengubah posisi secara bertahap. Monitor gejala intoleransi aktivitas - Ketika membantu klien berdiri, observasi gejala intoleransi spt mual, pucat, pusing, gangguan kesadaran & tanda vital - Lakukan latihan ROM jika klien tidak dapat menoleransi aktivitas - Bantu klien memilih aktivitas yang mampu untuk dilakukan |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|---|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 | Gangguan pertukaran gas b.d ventilasi-perfusi | <p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - status respirasi : pertukaran gas membaik <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat - Memelihara kebersihan paru paru dan bebas dari tanda tanda distress pernafasan - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) - Tanda tanda vital dalam rentang normal | <p>Intervensi :</p> <p>Terapi Oksigen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea - Pertahankan jalan nafas yang paten - Atur peralatan oksigenasi - Monitor aliran oksigen - Pertahankan posisi pasien - Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi - Monitor adanya kecemasan pasien terhadap Oksigenasi <p>Vital sign Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TD, nadi, suhu, dan RR - Catat adanya fluktuasi tekanan darah - Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau |
|---|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|---|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>berdiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan - Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas - Monitor kualitas dari |
| 7 | <p>Ketidakefektifan pola nafas b.d hiperventilas</p> | <p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respirasi klien membaik <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada (pursed lips) | <p>Intervensi :</p> <p>Airway Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi - Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan |

| | | | |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none">- Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal- Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan) | <ul style="list-style-type: none">- Pasang mayo bila perlu- Lakukan fisioterapi dada jika perlu- Keluarkan sekret dengan batuk atau suction- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan- Lakukan suction pada mayo- Berikan bronkodilator bila perlu- Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab- Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|---|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8 | Keletihan b.d anemia | <p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keletihan klien teratasi <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan aktivitas adekuat - Mempertahankan nutrisi adekuat - Keseimbangan aktivitas dan istirahat - Menggunakan teknik energi konservasi - Mempertahankan interaksi sosial - Mengidentifikasi faktor-faktor fisik psikologis yang menyebabkan kelelahan - Mempertahankan kemampuan untuk konsentrasi | <p>Intervensi :</p> <p>Energi manajemen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor respon klien terhadap aktivitas takikardi, disritmia, dispneu, pucat, dan jumlah respirasi - Monitor dan catat jumlah tidur klien - Monitor ketidaknyamanan atau nyeri selama bergerak dan aktivitas - Monitor intake nutrisi - Instruksikan klien untuk mencatat tanda-tanda dan gejala kelelahan - Jelakan kepada klien hubungan kelelahan dengan proses penyakit - Catat aktivitas yang dapat meningkatkan |
|---|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | |
|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>kelelahan</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan klien melakukan yang meningkatkan relaksasi- Tingkatkan pembatasan bedrest dan aktivitas |
|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2.2.4 Implementasi

Setelah rencana tindakan di susun maka untuk selanjutnya adalah pengolahan data dan kemudian pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah di susun tersebut. Dalam pelaksanaan implementasi maka perawat dapat melakukan observasi atau dapat mendiskusikan dengan klien atau keluarga tentang tindakan yang akan kita lakukan.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam asuhan keperawatan, evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP (data subjektif, data objektif, analisa dan planning). Dalam evaluasi ini dapat ditentukan sejauh mana keberhasilan rencana tindakan keperawatan yang harus dimodifikasi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Keperawatan

3.1.1 Pengkajian

I. Identitas Klien

| | | | |
|---------------|----------------|----------------|----------------|
| Nama/intial | : Tn.A | No.MR | : 43 49 66 |
| Umur | : 65 th | Ruang Rawat | : Interne Pria |
| Jenis Kelamin | : Laki-laki | Tgl Masuk | : 14-06-2016 |
| Status | : Menikah | Tgl Pengkajian | : 23-06-2016 |
| Agama | : Islam | Dx Medis | : Susp GGK+ |
| Pekerjaan | : Tani | | Anemia |
| Pendidikan | : SMA | | |
| Alamat | : Kamang Mudik | | |

Penanggung Jawab

| | |
|--------------|-----------------|
| Nama | : Tn. A |
| Umur | : 21 th |
| Hub Keluarga | : Anak |
| Pendidikan | : Tamat SMA |
| Pekerjaan | : Belum Bekerja |

II. Alasan Masuk

Klien masuk IGD RSAM Bukittinggi di antar oleh keluarga pada tanggal 14 Juni 2016 jam 13.30 WIB dengan keluhan sesak nafas nyeri ulu hati , nyeri dirasakan sejak 1 bulan yang lalu, ke dua tungkai bengkak BAK kurang lancar, klien mengeluh badanya lemas, lesu setelah beraktifitas.TTV klien TD : 110/70 Mmhg, Nadi : 120 x/m, Suhu : 36,5 ° C, Nafas : 36 x/m.obat yang di berikan di IGD O² 6 L/m, infus RL 20 tts/m, nebu ventolin 1 resp, inj forsemid 1 amp. Di dapatkan hail laborotorium klien Hb 3,8, Urium 50, GDS : 173, Lekosit : 6.740, Trombosit : 200.000

III. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien di rawat di ruangan interne pria,Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 Juni 2016 jam 09.30 WIB. klien mengatakan klien merasakan letih badan terasa ngilu, badan lemas, klien mengatakan cepat lelah dan terasa ngantuk, klien merasakan saat berjalan kepala terasa pusing.klien mengatakan tidak mampu beraktifitas, aktifitas klien di bantu keluarga.Klien mengatakan tidak mampu melakukan ADL sendiri dan klien juga mengatakan selama sakit klien tidak ada melakukan kebersihan diri,klien mengatakan tidak nyaman dengan badanya karna badan klien bau.

Dari data observasi di dapatkan klien tampak lemah dan pucat.klien tampak aktifitas dibantu keluarga klien tampak terbaring lemah di

tempat tidur, klien tampak meringis dan tidak nyaman karena kepala klien pusing . Tampak kuku klien panjang dan hitam karna tidak ada potong kuku selama di rawat di Rumah Sakit.Vital sign klien Suhu: 36,5°C,Pernapasan :20x/menit,Nadi: 88 x/menit,TD: 120/70 mmHg, kesadaran klien composmentis.GCS : 15

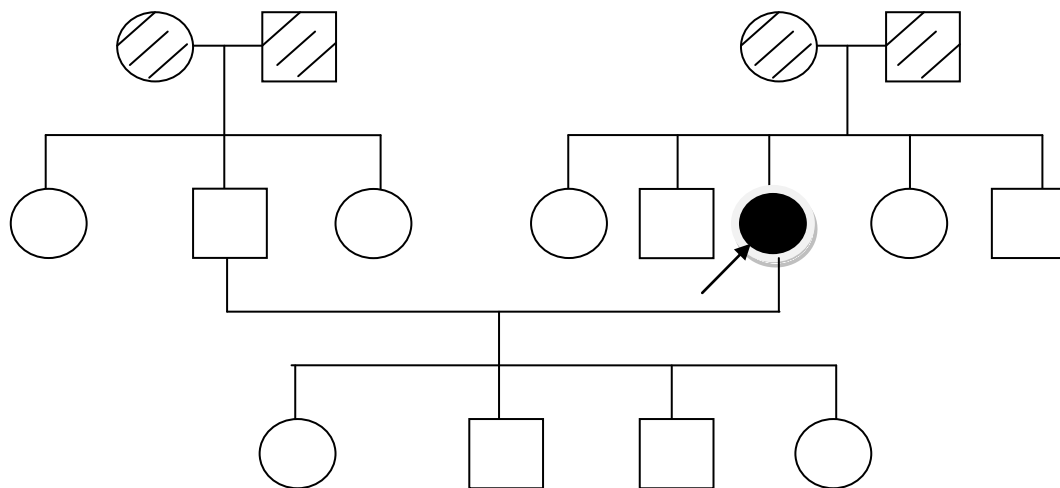
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan klien pernah di rawat di RS karna sakit Gula (DM) tipe II 1 tahun yang lalu.


c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan di keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan klien,namun keluarga klien ada yang menderita penyakit diabetes melitus yaitu orang tua dari klien

Genogram :



Ket :

  : Meninggal

 : Laki Laki

 : Perempuan

  : klien

2. Leher

Simetris kiri dan kanan, tidak tampak pembesaran vena jugularis dan kelenjar tyroid.

3. Thorak

- Paru-paru

I : Simetris kiri dan kanan, pergerakan dinding dada sama, tidak memakai alat bantu pernapasan.

P : tidak ada nyeri tekan, vocal fremitus dalam intensitas getaran yang sama antara paru kanan dan paru kiri

P : Sonor

A : Suara nafas vesikuler

- Jantung

I : Ictus cordis tidak terlihat tidak ada lesi

P : Tidak ada nyeri tekan saat dilakukan palpasi,ictus cordis teraba.

P : Saat diperkusi bunyi jantung redup

A : BJ1 BJ2 Normal, tidak ada bunyi tambahan

4. Abdomen

I : Simetris kiri dan kanan, bentuk perut cekung

A : Bising usus normal 5x/menit

P : Tidak ada nyeri tekan, dan tidak teraba massa.

P : Tympani

5. Punggung

Simetris, tidak ada pembengkakan pada punggung dan tidak ada bekas luka pada punggung.

6. Ekstremitas

Atas

pada bagian tangan kiri klien terpasang infus RL 20 tts/m

Bawah

Kaki kiri dan kanan tampak udem.

Kekuatan Otot

| | |
|------|------|
| 5555 | 5555 |
| 5555 | 5555 |

Keterangan :

Skala kekuatan otot.

| Skala | Nilai | Keterangan |
|-----------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Normal | 5/5 | Mampu menggerakkan persendian dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh. |
| Baik | 4/5 | Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan sedang. |
| Sedang | 3/5 | Hanya mampu melawan gaya gravitasi |
| Buruk | 2/5 | Tidak mampu melawan gaya gravitasi (gerakkan pasif) |
| Sedikit | 1/5 | Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakan persendian. |
| Tidak ada | 0/5 | Tidak ada kontraksi otot |

7. Genitalia

Inspeksi : Jenis kelamin laki-laki,keadan lengkap (scrotom ada 2) tidak Ada kelainan,genetalia dalam keadaan bersih,tidak terpasang kateter.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

8. Integumen

Inspeksi : Warna kulit sawo matang,tidak ada lesi

Palpasi : turgor kulit jelek, kapila refil 3 detik, tidak terdapat ada lesi.

V. DATA BIOLOGIS

| No | AKTIVITAS | SEHAT | SAKIT |
|----|------------------------------------|----------------------|----------------------|
| 1 | Makanan dan Minuman/Nutrisi | | |
| | Makan | | |
| | - Menu | Nasi,ikan,lauk,sayur | Nasi,ikan,lauk,sayur |
| | - Porsi | 1 Porsi | Habis 1 Porsi |
| | - Makanan Kesukaan | Nasi | Nasi |
| | - Pantangan | Tidak ada | Tidak ada |
| | Minum | | |
| | - Jumlah | 4-6L/hari | 3-5L/hari |
| | - Minuman Kesukaan | Air putih/Kopi | Air putih |
| | - Pantangan | Tidak ada | Tidak ada |
| 2 | Eleminasi | | |
| | BAB | | |
| | - Frekuensi | 1x/hari | 1x/hari |
| | - Warna | Kuning kecoklatan | Kuning kecoklatan |

| | | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Bau - Konsistensi - Kesulitan | <p>Khas</p> <p>Padat</p> <p>Tidak ada</p> | <p>Khas</p> <p>Cair</p> <p>Tidak ada</p> |
| | BAK | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan | <p>3-5x/hari</p> <p>Kuning</p> <p>Khas</p> <p>Cair</p> <p>Tidak ada</p> | <p>4-5x/hari</p> <p>Kuning</p> <p>Khas</p> <p>Cair</p> <p>Tidak ada</p> |
| 3. | Istirahat dan Tidur | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Waktu tidur - Lama tidur - Hal yang mempermudah tidur - Kesulitan tidur | <p>Jam 22.00 – 04.00</p> <p>6 jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> | <p>Jam 10.00-13.00</p> <p>Jam 14.00-20.00</p> <p>Jam 21.00-05.00</p> <p>15 jam</p> |
| | Personal Hygiene | | |
| 4. | <ul style="list-style-type: none"> - Mandi - Cuci rambut - Gosok gigi - Potong kuku | <p>2x/hari</p> <p>2x/hari</p> <p>2x/hari</p> <p>1x/minggu</p> | <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Klien selama di rumah sakit tidak ada melakukan personal hygiene</p> |

VI. Riwayat Alergi

Klien mengatakan klien tidak ada memiliki alergi terhadap obat-obatan maupun makanan

VII. Data Psikologis

Klien mengatakan selama klien sakit, klien tidak mengeluh tentang penyakitnya, klien sama sekali tidak cemas dengan keadaannya sekarang, klien yakin Allah SWT akan menyembuhkan penyakitnya, selama klien di rumah sakit hubungan klien dengan orang disekitarnya cukup ramah dan hubungan klien dengan keluarganya baik.

VIII. Data Sosial Ekonomi

Klien mengatakan klien tinggal bersama istri dan anak, klien seorang petani, penghasilan klien sebulanya ± Rp.1000.000-2000.0000, selama klien sakit klien di tanggung oleh asuransi BPJS.

IX. Data Spiritual

Selama sakit klien tidak pernah shalat dikarenakan fisik lemah tetapi klien yakin penyakit yang dideritanya akan sembuh.

X. Data Penunjang

Hasil Laboratorium

| No | Hasil Pemeriksaan | Nilai rujukan | Satuan |
|----|------------------------------------|--------------------------------|---------|
| 1. | Tanggal 23 juni/2016 RBC : 3,02 | P : 4.5 – 5.5 W : 4.0 – 5.0 | 10 6/ul |
| | Tanggal 25 juni 2016 RBC : 3,72 | | |

| | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|
| 2. | Tanggal 23 juni 2016 HCT :25.4 Tanggal 25 juni 2016 HCT : 31.3 | P : 40.0 – 48.0 W : 37.0 – 43.0 | % |
| 3. | Tanggal 23 juni 2016 HGB : 8,2 Tanggal 25 juni 2016 HGB : 10,3 | P : 13.0 – 16.0 W : 12.0 – 14.0 | g/dl |
| 4. | Tanggal 23 juni 2016 WBC : 10.03 Tanggal 25 juni 2016 WBC : 9.00 | 5.0 -10.0 | 10 ³ /ul |

Urine :

1. Eritrosit : -
2. Leokosit : -
3. Kristal : +
4. Benda keton : -
5. PH urin : 6.0

Pemeriksaan EKG

- R-R : 26ms
- P-R : 42ms
- QT : 367ms

- QTc : 463
- AXIS : -87 deg
- RV5 : 1.80mV
- SV1 : 1.35mV
- R+S : 3.15mV

Pemeriksaan penunjang

Hemoglobin

Hemoglobin adalah molekul protein pada sel darah merah yang berfungsi sebagai media transport oksigen dari paru paru ke seluruh jaringan tubuh dan membawa karbondioksida dari jaringan tubuh ke paru paru. Kandungan zat besi yang terdapat dalam hemoglobin membuat darah berwarna merah

Hematokrit

Hematokrit merupakan ukuran yang menentukan banyaknya jumlah sel darah merah dalam 100 ml darah yang dinyatakan dalam persent (%). Nilai normal hematokrit untuk pria berkisar 40,7% - 50,3% sedangkan untuk wanita berkisar 36,1% - 44,3%.

Seperti telah ditulis di atas, bahwa kadar hemoglobin berbanding lurus dengan kadar hematokrit, sehingga peningkatan dan penurunan hematokrit terjadi pada penyakit-penyakit yang sama.

Leukosit (White Blood Cell / WBC)

Leukosit merupakan komponen darah yang berperan dalam memerangi infeksi yang disebabkan oleh virus, bakteri, ataupun proses metabolik toksin, dll.

Nilai normal leukosit berkisar 4.000 - 10.000 sel/ul darah.

Penurunan kadar leukosit bisa ditemukan pada kasus penyakit akibat infeksi virus, penyakit sumsum tulang, dll, sedangkan peningkatannya bisa ditemukan pada penyakit infeksi bakteri, penyakit inflamasi kronis, perdarahan akut, leukemia, gagal ginjal,

MCV (Mean Corpuscular Volume) atau Volume Eritrosit Rata-rata (VER), yaitu volume rata-rata sebuah eritrosit yang dinyatakan dengan femtoliter (fl)

$$\text{MCV} = \frac{\text{Hematokrit}}{\text{Eritrosit}} \times 10$$

Eritrosit

Nilai normal = 82-92 fl

MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin) atau Hemoglobin Eritrosit Rata-Rata (HER), yaitu banyaknya hemoglobin per eritrosit disebut dengan pikogram (pg)

$$\text{MCH} = \frac{\text{Hemoglobin}}{\text{Eritrosit}} \times 10$$

Eritrosit

Nilai normal = 27-31 pg

MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration) atau Konsentrasi Hemoglobin Eritrosit Rata-rata (KHER), yaitu kadar hemoglobin yang didapat per eritrosit, dinyatakan dengan persen (%) (satuan yang lebih tepat adalah “gr/dl”)

$$\text{MCHC} = \frac{\text{Hemoglobin}}{\text{Hematokrit}} \times 100$$

Hematokrit

Nilai normal = 32-37 %

XI. Data Pengobatan

Tgl : 22-23-24-25, Bulan : Juni, Tahun : 2016

Oral

- Asam folat 400 mg 2x1tab
- Bicnat 500 mg 3x1 tab
- Digoxin 0,25 mg 2x1 tab
- Curcuma 20 mg 3x1 tab

Injeksi

- Lasix 40 mg 1x1 amp / IV
- Cefepim 100 mg 2x1 amp / IV

Infus

- Pemberian terapi RL sebanyak 3 kolf dalam sehari, 20 tts/menit
- Pemberian NaCl 0,9 % 1 kolf dalam sehari 30 tts/menit

XII. Data Fokus

a. Data Subjektif

- Klien mengatakan kepala terasa pusing saat berjalan
- Klien mengatakan klien tidak mampu lama-lama berdiri
- Klien mrngatakan badan terasa letih
- Klien mengatakan badan terasa ngilu
- Klien mengatakan badan lemas
- Klien mengatakan tidak mampu beraktifitas
- Klien mengatakan cepat letih
- Klien mengatakan selama sakit klien tidak ada melakukan kebersihan diri
- Klien mengatakan tidak mampu melakukan ADL sendiri

- Klien mengatakan tidak nyaman dengan badannya karna bau.

b. Data Objektif

- Klien tampak lemah
- Klien tampak pucat
- Tampak Konjungtiva klien anemis
- RBC : 3,02 6/ul
- HGB 8,2 (g / dL)
- WBC 10.03 6/ul
- HCT 25.4 %
- Suhu : 36,5 °C
- Nadi : 88x/menit
- Pernafasan : 20x/menit
- TD : 120/70 mmHg
- Klien tampak aktifitas di bantu keluarga
- Klien tampak meringis kesakitan,mengeluh tampak tidak nyaman pada sakit pada kepalanya
- Wajah klien tampak pucat
- Klien tampak terbaring lemah di tempat tidur
- Klien tampak tidak nyaman dengan badanya karna selama di rumah sakit tidak ada melakukan kebersihan diri
- kulit klien jelek,tampak kotor
- Gigi klien tampak kotor
- Tampak rambut klien lepek dan berketombe
- Tampak kuku klien hitam dan panjang

ANALISA DATA

| No | DATA | MASALAH | ETIOLOGI |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kepala klien pusing saat berjalan - Klien mengatakan tidak mampu lama-lama berdiri. - Klien mengatakan aktifitas klien di bantu sebagian oleh keluarga <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien tampak aktifitas di bantu keluarga - Klien tampak lemah - Klien tampak terbaring ditempat tidur | <p>Intoleransi aktifitas</p> | <p>Ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) Kebutuhan tubuh</p> |
| 2. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badan terasa lemas - Klien mengatakan cepat lelah - Klien mengatakan badan terasa letih | <p>Keletihan</p> | <p>Anemia</p> |

| | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| | <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak pucat - Konjungtiva anemis - RBC : 3,02 6/ul - HGB 8,2 (g / dL) - WBC 10.03 6/ul - HCT 25.4 - Suhu : 36,5 °C - Nadi : 88x/menit - Pernafasan : 20x/menit - TD : 120/70 mmHg - Klien tampak tidak bersemangat <p>Klien tampak lemah dan lesu</p> | | |
| 3. | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan klien selama dirumah sakit tidak ada melakukan kebersihan diri - Klien mengatakan tidak mampu melakukan ADL sendiri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nyaman dengan badannya - Rambut klien tampak lepek dan | <p>Defisit perawatan diri, mandi</p> | <p>Kelemahan fisik</p> |

| | | | |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| | berketombe - Tampak kuku klien panjang dan hitam - Gigi klien tampak kotor - Kulit klien jelek | | |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Daftar Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Intoleransi Aktifitas
2. Keletihan
3. Defisit Perawatan Diri Mandi

3.1.3 Intervensi Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan | NOC | NIC |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <p>Intoleransi aktifitas</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kepala klien pusing saat berjalan - Klien mengatakan tidak mampu lama-lama berdiri. - Klien mengatakan aktifitas klien di bantu sebagian oleh keluarga <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien tampak aktifitas di bantu keluarga - Klien tampak lemah | <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien dapat beraktifitas dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berpartisipasi dalam aktivitas fisik dengan TD, HR, RR yang sesuai - Menyatakan gejala memburuknya efek dari OR&menyatakan onsetnya segera - Warna kulit normal,hangat&kering - Memverbalisa-sikan pentingnya Aktivitas secara bertahap - Mengekspresikan pengertian pentingnya keseimbangan | <p>Intervensi :</p> <p>Toleransi aktivitasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan klien mengubah posisi secara bertahap. Monitor gejala intoleransi aktifitas. 2. Membantu klien berdiri,observasi gejala intoleransi seperti mual,pucat,pusing gangguan kesadaran dan tanda vital 3. Bantu klien memilih aktifitas yang mampu untuk dilakukan. 4. Kaji kesesuaian aktifitas dan istirahat klien sehari-hari 5. Lakukan latihan ROM jika klien |

| | | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | - Klien tampak terbaring ditempat tidur | latihan&istirahat - Peningkatan toleransi aktivitas | tidak dapat menoleransi aktifitas' |
| 2. | <p>Keletihan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badan terasa lemas - Klien mengatakan cepat lelah - Klien mengatakan badan terasa letih <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak pucat - Konjungtiva anemis - RBC : 3,02 6/ul - HGB 8,2 (g / dL) | <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam. keletihan klien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan aktivitas adekuat - Mempertahankan nutrisi adekuat - Keseimbangan aktivitas dan istirahat - Menggunakan teknik energi konservasi - Mempertahankan interaksi sosial - Mengidentifikasi faktor-faktor fisik | <p>Intervensi :</p> <p>Energi manajemen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor intake nutrisi 2. Ajurkan klien untuk melakukan relaksasi 3. Monitor TTV 4. Jelaskan kepada klien hubungan kelelahan dengan proses penyakit 5. Tingkatkan pembatasan bedrest dan aktifitas |

| | | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - WBC 10.03 6/ul - HCT 25.4 - Suhu : 36,5 °C - Nadi : 88x/menit - Pernafasan : 20x/menit - TD : 120/70 mmHg - Klien tampak tidak bersemangat - Klien tampak lemah dan lesu | <p>dan psikologis yang menyebabkan kelelahan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan kemampuan untuk konsentrasi | |
| 3. | <p>Defisit perawatan diri mandi</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan klien selama dirumah sakit tidak ada melakukan personal hygiene | <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kebutuhan mandiri klien terpenuhi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terbebas dari bau badan - Menyatakan kenyamanan terhadap | <p>Intervensi :</p> <p><i>Infection Control (Kontrol infeksi)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dorong keluarga untuk berpartisipasi untuk kegiatan mandi dan kebersihan diri, berpakaian makan dan toileting klien. |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak mampu melakukan ADL sendiri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nyaman dengan badannya - Rambut klien tampak lepek dan berketombe - Tampak kuku klien panjang dan hitam - Gigi tampak kotor - Kulit klien jelek, dan kotor | <p>kemampuan untuk melakukan ADL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dapat melakukan ADL dengan bantuan | <ol style="list-style-type: none"> 2. Gunakan sabun antimiroba untuk cuci tangan 3. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 4. Pertahankan lingkungan aseptik. 5. Batasi pengunjung bila perlu. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3.1.4 Catatan Perkembangan

| No | Hari / Tanggal | Dx | Jam | Implementasi | Jam | Evaluasi | Paraf |
|----|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. | Kamis / 23/6/201 6 | Intoleransi Aktifitas | 08.58 10.05 11.15 11.57 12.00 | 1. Mengajarkan klien untuk miring kanan miring kiri sekali 2 jam. 2. Mengajarkan klien istirahat bila terjadi pusing. 3. Mengajarkan klien untuk beraktivitas semampunya 4. Memantau aktifitas yang dilakukan klien 5. Mengajarkan teknik ROM ke pada klien | 11.30 11.35 | S : - Klien mengatakan kepala masi terasa pusing saat berjalan - Klien mengatakan aktifitas masi di bantu keluarga O : - Tampak aktifitas masi di bantu keluarga A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan | <i>pipi</i> |

| | | | | | | | |
|----|--------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 2. | Kamis / 23/6/201 6 | Keletihan | 10.12 10.45 11.00 11.45 12.00 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga klien agar klien mengkonsumsi makanan tinggi zat besi seperti sayuran hijau 2. Mengajarkan klien teknik relaksasi dengan cara teknik nafas dalam 3. Memantau TTV klien suhu,nadi,pernafasan dan TD 4. Memberikan informasi yang jelas tentang proses penyakit klien 5. Menganjurkan klien untuk banyak istirahat | 12.00 | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badan masih terasa lemah - Klien mengatakan badan masi terasa letih - Klien mrngatakan cepat lelah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak pucat - Konjungtiva masi tampak anemis - Hb 8,2 (g/dL) Suhu : 36,5 °C Nadi : 88x/menit Pernafasan : 20x/menit TD : 120/70 mmHg - Mokosa bibir klien masi kering | <i>pipi</i> |
|----|--------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

| | | | | | | | |
|----|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| | | | | | | A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan | |
| 3. | Kamis / 23/6/201 6 | Defisit Perawatan Diri Mandi | 10.00 10.10 10.30 11.54 12.18 | <ul style="list-style-type: none"> - Mendorong keluarga untuk berpartisipasi untuk kegiatan mandi dan kebersihan diri, berpakaian, makan dan toileting klien - Menganjurkan ke pada klien dan keluarga klien cuci tangan menggunakan anti septik - Mengajarkan klien cuci tangan yang baik dan benar setelah beraktifitas. - Memonitor kemampuan perawatan diri klien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari | 10.30 10.35 | S : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan belum bisa melakukan ADL sendiri - Klien mengatakan tidak nyaman dengan tubuhnya karna selama sakit tidak ada melakukan personal hygiene O : <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat tidak nyaman - Rambut klien tampak lepek dan berketombe - Tampak kuku klien hitam dan panjang - Tampak kulit klien kotor | <i>pipi</i> |

| | | | | - Memberikan penjelasan kepada keluarga klien tidak terlalu banyak di ruangan klien. | | - Tampak gigi klien kotor A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan | |
|----|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| No | Hari / Tanggal | Dx | Jam | Implementasi | Jam | Evaluasi | Paraf |
| 1. | Jumat / 24/6/201 6 | Intoleransi Aktifitas | 10.20 10.30 11.00 11.45 12.00 | 1. Mengajarkan klien untuk miring kanan miring kiri sekali 2 jam. 2. Menganjurkan klien istirahat bila terjadi pusing. 3. Anjurkan klien untuk beraktivitas semampunya 4. Memantau aktifitas yang di lakukan klien 5. Mengajarkan teknik ROM ke pada klien | 11.00 11.30 | S : - Klien mengatakan kepala masi terasa pusing saat berjalan - Klien mengatakan aktifitas masi di bantu keluarga O : - Tampak aktifitas masi di bantu keluarga A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan | <i>pipi</i> |

| | | | | | | | |
|----|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| | | | | | | A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan | |
| 3. | Jumaat / 24/6/201 6 | Defisit Perawatan Diri Mandi | 08.30 10.10 10.58 11.14 12.10 | 1. Mendorong keluarga untuk berpartisipasi untuk kegiatan mandi dan kebersihan diri, berpakaian, makan dan toileting klien 2. Menganjurkan ke pada klien dan keluarga klien cuci tangan menggunakan anti septik 3. Mengajarkan klien cuci tangan yang baik dan benar setelah beraktifitas. 4. Memonitor kemampuan perawatan diri klien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari 5. Memberikan penjelasan kepada keluarga klien tidak terlalu banyak | 10.30 10.45 | S : - Klien mengatakan belum bisa melakukan ADL sendiri - Klien mengatakan sudah ada melakukan personal hygiene di bantu keluarga dan perawat O : - Klien terlihat nyaman - Rambut klien tampak tidak lepek dan berketombe - Kuku klien sudah bersih - Kulit klien sudah bersih A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi 3,4,5 dilanjutkan | <i>pipi</i> |

| No | Hari / Tanggal | Dx | Jam | Implementasi | Jam | Evaluasi | Paraf |
|----|----------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| | | | | di ruangan klien. | | | |
| 1. | Sabtu / 25/6/2016 | Intoleransi Aktifitas | 10.00 10.20 11.00 11.15 12.00 | 1. Mengajarkan klien untuk miring kanan miring kiri sekali 2 jam. 2. Menganjurkan klien istirahat bila terjadi pusing. 3. Menganjurkan klien untuk beraktivitas semampunya 4. Memantau aktifitas yang di lakukan klien 5. Mengajarkan teknik ROM ke pada klien | 10.30 10.35 | S : - Klien mengatakan kepala masi terasa pusing saat berjalan - Klien mengatakan aktifitas masi di bantu keluarga O : - Tampak aktifitas masi di bantu keluarga A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 di hentikan di lanjutkan oleh perawat ruangan | <i>pipi</i> |

| | | | | | | | |
|----|--------------------------|-----------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 2. | Sabtu / 25/6/201 6 | Keletihan | 08.00 | 1. Menganjurkan keluarga klien agar klien mengkonsumsi makanan tinggi zat besi seperti sayuran hijau | 08.25 | S : - Klien mengatakan badan masih terasa lemah - Klien mengatakan badan masi terasa letih - Klien mrngatakan cepat lelah O : - Klien tampak pucat - Konjungtiva masi tampak anemis - Hb 8,2 (g/dL) Suhu : 36,5 °C Nadi : 85x/menit Pernafasan : 20x/menit TD : 120/70 mmHg A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 di hentikan di | <i>pipi</i> |
| | | | 08.30 | 2. Mengajarkan klien teknik relaksasi dengan cara teknik nafas dalam | 08.45 | | |
| | | | 09.30 | 3. Memantau TTV klien Nadi,suhu,pernafasan dan TD | | | |
| | | | 10.00 | 4. Memberikan informasi yang jelas tentang proses penyakit klien | | | |
| | | | 12.13 | 5. Menganjurkan klien untuk banyak istirahat | | | |

| | | | | | | | |
|----|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| | | | | | | lanjutkan oleh perawat ruangan | |
| 3. | Sabtu / 25/6/201 6 | Defisit Perawatan Diri Mandi | 10.0 08.33 10.45 11.17 12.00 | 1. Mendorong keluarga untuk berpartisipasi untuk kegiatan mandi dan kebersihan diri, berpakaian, makan dan toileting klien 2. Menganjurkan ke pada klien dan keluarga klien cuci tangan menggunakan anti septik 3. Mengajarkan klien cuci tangan yang baik dan benar setelah beraktifitas. 4. Memonitor kemampuan perawatan diri klien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari 5. Memberikan penjelasan kepada keluarga klien tidak terlalu banyak di ruangan klien. | 10.30 | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan belum bisa melakukan ADL sendiri - Klien mengatakan sudah ada melakukan personal hygiene di bantu keluarga dan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat nyaman - Rambut klien tampak tidak lepek dan berketombe - Kuku klien sudah bersih dan tidak panjang lagi. - Kulit klien sudah bersih <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi 3,4,5 di hentikan di lanjutkan oleh perawat ruangan.</p> | <i>pipi</i> |

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien Tn.A Dengan Anemia,klien termasuk dalam klasifikasi Anemia ringan yaitu Hb klien 8,2 g/dl, klien di Rawat di ruang rawat inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 23 - 25 Juni 2016. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan 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 dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.1. Pengkajian

4.1.1. Identitas klien

Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis tidak mengalami kesulitan untuk mendapatkan data dari klien sendiri, karena klien mampu berbicara dengan baik namun penulis juga menggali data dari keluarga klien, catatan medis, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lainnya.

4.1.2. Keluhan utama

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian.

4.1.3. Riwayat kesehatan dahulu

Pada tinjauan kasus saat dilakukan pengkajian keluarga klien mengatakan sebelumnya klien mempunyai riwayat DM tipe II. Klien pernah dirawat di rumah sakit 1 tahun yang lalu dengan DM.

4.1.4. Riwayat kesehatan keluarga

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita Diabetes Mellitus namun ditemukan data di keluarga yang menderita penyakit Diabetes Mellitus seperti klien yaitu orang tua dari klien.

4.1.5. Pemeriksaan Fisik

Dalam melakukan pemeriksaan fisik pada Tn. A penulis banyak mengalami hambatan, tidak semua pemeriksaan fisik pada klien dapat dilakukan, namun dalam pemeriksaan fisik pada teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat adanya kesenjangan data karena pemeriksaan sangat penting dilakukan untuk menggali sejauh mana perkembangan penyakit dan kondisi klien.

4.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan Anemia secara teori menurut (NANDA 2015).

9. Perfusi jaringan tidak efektif
10. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
11. Defisit perawatan diri mandi
12. Resiko infeksi
13. Intoleransi aktifitas

14. Gangguan pertukaran gas
15. Ketidakefektifan pola nafas
16. Kelelahan

Sedangkan pada tinjauan kasus hanya ditemukan 3 diagnosa keperawatan, diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus adalah :

1. Intoleransi Aktifitas
2. Kelelahan
3. Defisit Perawatan Diri Mandi

Dari 3 diagnosa diatas, semua diagnosa terdapat dalam teori, ke 3 diagnosa ini ditegakkan karena penulis menemukan data yang menunjang tegaknya diagnosa ini karna antara kasus dan teori sama diagnosanya tidak ada kesenjangan atau perbedaan yang terjadi antara kasus dan teori.

4.3. Intervensi Keperawatan

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan yang dirasakan klien saat pengkajian dilakukan.

- a. Untuk diagnosa pertama

Yaitu : Intoleransi Aktifitas, rencana tindakan yang dilakukan adalah Menentukan penyebab intoleransi aktivitas&menentukan apakah penyebab dari fisik, psikis/motivasi.Kaji aktifitas dan istirahat klien.

b. Untuk diagnosa kedua

Yaitu : Keletihan, rencana tindakan yang dilakukan adalah kaji status Hb pasien . anjurkan klien untuk transfusi darah . Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan tinggi zat besi seperti sayuran hijau. Namun untuk intervensi pada kasus penulis menyesuaikan dengan kondisi klien.

c. Untuk diagnosa ketiga

Yaitu : Defisit Perawatan Diri Mandi, rencana tindakan yang dilakukan adalah Infection Control (Kontrol infeksi):Kaji tingkat kebersihan klien secara menyeluruh mengajarkan klien cara cuci tangan yang baik dan benar sesudah melakukan aktifitas dan membatasi pengunjung.

4.4. Implementasi Keperawatan

Setelah rencana tindakan ditetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang diadapi klien.

a. Untuk diagnosa pertama

Yaitu : Intoleransi Aktifitas, rencana tindakan yang dilakukan adalah Menentukan penyebab intoleransi aktivitas&menentukan apakah penyebab dari fisik, psikis/motivasi.Kaji aktifitas dan istirahat klien

b. Untuk diagnosa kedua

Yaitu : Keletihan , rencana tindakan yang dilakukan adalah kaji status Hb pasien . anjurkan klien untuk transfusi darah . Anjurkan pasien untuk

mengonsumsi makanan tinggi zat besi seperti sayuran hijau. Namun untuk intervensi pada kasus penulis menyesuaikan dengan kondisi klien

c. Untuk diagnosa ketiga

Yaitu : Defisit Perawatan Diri Mandi, rencana tindakan yang dilakukan adalah *Infection Control* (Kontrol infeksi):Kaji tingkat kebersihan klien secara menyeluruh mengajarkan klien cara cuci tangan yang baik dan benar sesudah melakukan aktifitas dan membatasi pengunjung.

Dalam melakukan rencana tindakan keperawatan penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti hal ini disebabkan karena :

- a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan keperawatan.
- b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien.
- c. Adanya kerjasama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan

4.5. Evaluasi

Dari 3 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan belum mencapai perkembangan yang diharapkan, dikarenakan waktu yang singkat oleh karena itu diharapkan kepada perawat dan tenaga medis lainnya untuk melanjutkan intervensi yang telah penulis rencanakan. Dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal

memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Untuk diagnosa pertama yaitu Intoleransi Aktifitas, hasil yang penulis dapatkan adalah klien mengatakan kondisi badan sudah mulai membaik . tampak klien sudah duduk ditempat tidur.

Untuk diagnosa kedua yaitu Keletihan , hasil yang penulis dapatkan adalah Hb klien belum diatas normal klien mengatakan klien masi terasa lemas dan tidak bersemangat.

Untuk diagnosa ketiga Defisit Perawatan Diri Mandi , hasil yang penulis dapatkan adalah klien mengatakan klien sudah melakukan personal hygiene dibantu keluarga dan perawat. Klien terlihat nyaman, rambut klien tidak lepek lagi dan tidak ada ketombe. Klien terlihat lebih segar.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Dari hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Tn.A dengan anemia di ruang interne pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2016 dapat disimpulkan :

a. Pengkajian

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

b. Diagnosa

Berdasarkan data yang di dapat, ditemukan 3 diagnosa pada kasus Tn.A yaitu :

1. Intoleransi aktifitas
2. Keletihan
3. Defisit perawatan diri mandi

c. Intervensi

Intervensi yang dilakukan mengacu kepada diagnosa yang ditegakkan dan dibuat sesuai teoritis pada Buku Rencana Asuhan Keperawatan, Intervensi dapat berupa tindakan mandiri maupun tindakan kolaborasi.

d. Implementasi

Implementasi yang dilakukan di ruangan lebih di fokuskan pada pendidikan kesehatan dan kolaborasi dengan keluarga untuk merawat

pasien, sedangkan untuk implementasi yang lain secara continue dilakukan oleh perawat ruangan.

e. Evaluasi

Evaluasi dapat beruparespon verbal, respon non verbal, dan hasil pemeriksaan. Tidak semua masalah dapat teratasi, karena adanya keterbatasan waktu bagi penulis untuk melakukan asuhan keperawatan, dan keadaan pasien yang masih belum membaik seutuhnya.

5.2. Saran

5.2.1. Bagi Penulis

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai anemia karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai anemia, dan faktor –faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

5.2.2. Bagi Institusi Pendidikan

Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan secara komprehensif.

5.2.3. Bagi Rumah Sakit

Untuk mencegah meningkatnya anemia sebaiknya pasien di beri informasi yang menandai anemia itu sendiri dan aspek – aspeknya. Dengan di perolehnya informasi yang cukup maka pencegahan pun dapat dilakukan dengan segera. Pasien yang telah mengalami tanda-tanda anemia maka harus dilakukan tindakan medis yaitu melakukan transfusi darah.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddart, 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Vol 3, Edisi 8, Penerbit RGC, Jakarta.
- Brunner & Suddarth. 2002. *Buku Ajar keperawatan medikal bedah, edisi 8 vol 3*. Jakarta: EGC
- Carpenito, L.J. 2000. *Diagnosa Keperawatan, Aplikasi pada Praktik Klinis, edisi 6*. Jakarta: EGC
- Johnson, M., *et all*. 2000. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Second Edition*. New Jersey: Upper Saddle River
- Marlyn E. Doenges, 2002. *Rencana Asuhan Keperawatan*, Jakarta, EGC
- Mc Closkey, C.J., *et all*. 1996. *Nursing Interventions Classification (NIC) Second Edition*. New Jersey: Upper Saddle River
- Mansjoer, dkk, 2001, kapita selekta kedokteran jilid I, media aesculapius fakultas universitas
- Patrick Davay, 2002, *At A Glance Medicine*, Jakarta, EMS
- Rahmadewi & Wahyuni, 2011., Ilmu bedah , Edisi Ketiga. Jakarta : Penerbit Erlangga.
- Ramakrishnan, 2001, Price & wilso , 2006., WHO., 2008., *Keperawatan Medikal Bedah*.
- Santosa, Budi. 2007. *Panduan Diagnosa Keperawatan NANDA 2005-2006*. Jakarta: Prima Medika
- Smeltzer & Bare. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta: EGC
- Wilkinson, Judith M. 2006. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan, edisi 7*. EGC : Jakarta.

DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG

TAHUN AKADEMIK 2015/ 2016

Nama Mahasiswa : Pipi Maya Kartika

NIM : 13103084015355

Ruangan : Inferne Pria

Judul Studi Kasus : Anemia.

| No | Hari/Tanggal | Datang | | Pulang | | Ket |
|----|---------------------------|--------|-----|--------|-----|-----|
| | | Jam | Jam | Jam | Jam | |
| 1 | Kamis, 23-Juni 2016 | 07.30 | | 12.00 | | - |
| 2. | Jum'at 24-Juni 2016 | 07.20 | | 12.30 | | - |
| 3. | Sabtu 25-Juni 2016 | 07.27 | | 12.00 | | - |

Kepala Ruangan

Bukittinggi, Juni 2016

Pembimbing,

()

()

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

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Pipi Maya Kartika
 Nim : 13103084015395
 Pembimbing : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
 Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.A Dengan Anemia
 Di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr.Achmad
 Mochtar Bukittinggi Tahun 2016

| No | Hari/Tgl | Materi Bimbingan | Tanda Tangan Pembimbing |
|----|----------|--------------------------------------|-------------------------|
| | | Perbaiki Sesuai Scan, tambahkan teor | VF |
| | | Perbaiki Abstrak | VF |
| | | Perbaiki Pembahasan | VF. |
| | | Acc. | |
| | | . | |
| | | | |

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Penulis

Nama : Guswildani
Tempat / Tanggal Lahir : Taluk Kuantan, 12 Mei 1993
Alamat : Taluk Kuantan

II. Nama Orang Tua

Ayah : Anasri
Ibu : Elidar

III. Pendidikan

- ❖ **SDN 07 Taluk Kuantan** : 2001 - 2007
- ❖ **SMPN 01 Taluk Kuantan** : 2008 - 2009
- ❖ **SMKN 2 Taluk Kuantan** : 2010 - 2012
- ❖ **STIKes Perintis Sumatera Barat** : 2013 – 2016

