

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN ANEMIA  
DI RUANG BAITUL IZZAH 2  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

PUJI PUSPITA RINI

40901800081

PRODI DIII KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
2020/2021

**DI RUANG BAITUL IZZAH 2  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

PUJI PUSPITA RINI

40901800081

UNISSULA

PRODI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

2020/2021

## SURAT KETERANGAN PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya mengatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika kemudian hari saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



Semarang, 10 Juni 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Puji Puspita Rini', is written over the right side of the logo.

( PUJI PUSPITA RINI )

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah berjudul:

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN

ANEMIA DI RUANG BAITUL IZZAH 1

RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

**Dipersiapkan dan disusun oleh :**

**NIM : 40901800081**

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya

Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Semarang pada :

Hari : Jum'at

Tanggal : 5 Februari 2021

**UNISSULA**

جامعته سلطان أبجوع الإسلامية

Semarang, 5 Februari 2021

Pembimbing



Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep

NIDN : 06-0505-7902

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada Kamis, 3 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, Kamis, 3 Juni 2021

Penguji I

Ns.Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN 0622078602

Penguji II

Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

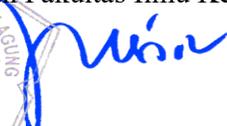
NIDN 0604038901

Penguji III

Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep

NIDN 0605057902

Mengetahui, Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

  
Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 0622087403

## MOTTO

Jadilah manusia yang bermanfaat bagi orang lain, karena sebaik- baiknya manusia adalah yang bisa bermanfaat bagi orang lain.

Jika kita punya tekad yang kuat berusaha semaksimal mungkin, berserah diri dan istiqomahlah.

Jadikan sholat, sholawat dan dzikir sebagai pegangan hidup jangan pernah lupakan mengingat Allah dan beristiqomahlah

Libatkan Allah dan orang tua disetiap langkah kehidupanmu, carilah RidloNya maka kamu akan mendapatkan keberkahan dan ketenangan dalam menjalani hidup



## KATA PENGANTAR

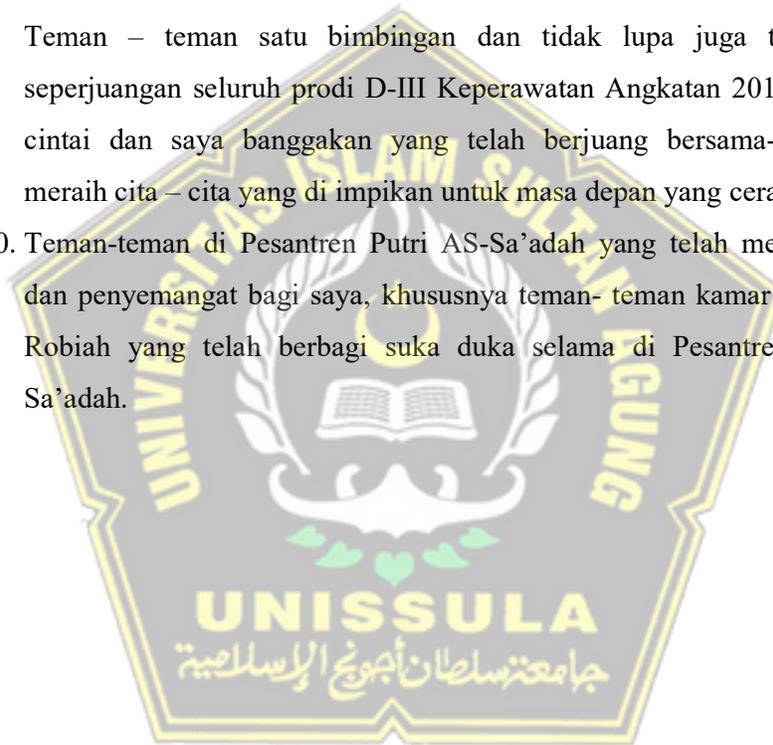
Assalamualaikum Wr. Wb

Alhamdulillahirobil ‘alamin, segala puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayahNya kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN ANEMIA DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG”. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan jenjang pendidikan Ahli Madya Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Saya menyadari bahwa banyak pihak yang terkait dan terlibat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, maka penulis pada kesempatan ini, dengan segala kerendahan dan ketulusan hati penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Drs. H. Bedjo Santoso, Ph D Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM, M. Kep. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Muhammad Abdurrouf, M. Kep. Selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
5. Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang khususnya para perawat yang telah mengajarkan banyak ilmu.
6. Segenap Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan ilmu pengetahuan dan pertolongan dengan sabar dan tulus selama proses studi.
7. Kepada keluarga terutama ibu dan bapak saya yaitu Bapak Sayogo dan Ibu Suswantik yang tidak pernah putus asa mencari biaya kuliah agar cita – cita saya dapat tercapai dan tidak pernah berhenti mendoakan yang terbaik

untuksaya. Dan tak lupa adik dan kakak selalu memberikan dukungan serta kasih sayang yang tulus dan untuk kakek dan nenek saya yang selalu mendoakan dan mendidik saya, dengan ikhlas sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis sangat bangga dan bersyukur memiliki keluarga seperti beliau.

8. Kepada KH. Imam Sya'roni dan Ibu Hj. Khoiriyah Thomafy yang telah membimbing kehidupan dunia akhirat dan selalu sabar mendidik saya selama di Pondok Pesantren Putri As-Sa'adah.
9. Teman – teman satu bimbingan dan tidak lupa juga teman-teman seperjuangan seluruh prodi D-III Keperawatan Angkatan 2018 yang saya cintai dan saya banggakan yang telah berjuang bersama-sama untuk meraih cita – cita yang di impikan untuk masa depan yang cerah.
10. Teman-teman di Pesantren Putri AS-Sa'adah yang telah menjadi teman dan penyemangat bagi saya, khususnya teman- teman kamar Taubah dan Robiah yang telah berbagi suka duka selama di Pesantren Putri As-Sa'adah.



## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI .....	v
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. Tujuan.....	2
C. Manfaat.....	3
BAB II.....	4
KONSEP DASAR .....	4
A. KONSEP DASAR PENYAKIT .....	4
1. Pengertian.....	4
2. Jenis – jenis anemia.....	5
3. Etiologi.....	6
4. Manifestasi klinis.....	7
5. Pemeriksaan penunjang .....	8
6. Patofisiologi .....	9
7. Penatalaksanaan Medis .....	10
8. Pencegahan anemia.....	11
B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN .....	12
1. Pengkajian.....	12
2. Genogram.....	13
3. Pemeriksaan Fisik.....	15
4. Diagnosis Keperawatan ( SDLKI ).....	17
5. Intervensi Keperawatan ( SIKI Edisi 1 cetakan II 2018 ) .....	17
6. Implementasi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
7. Evaluasi.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
C. PATHWAYS .....	19
BAB III .....	20
LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	20

A. PENGKAJIAN.....	20
1. Identitas Pasien.....	20
2. Identitas Penanggung Jawab .....	20
3. Riwayat Kesehatan .....	20
B. Analisis Data.....	24
C. Diagnosa Keperawatan:.....	25
D. Intervensi Keperawatan.....	25
E. Implementasi Keperawatan .....	26
F. Evaluasi Keperawatan.....	32
BAB IV .....	36
PEMBAHASAN.....	36
1. Pengkajian.....	36
2. Diagnosis Keperawatan.....	37
3. Intervensi Keperawatan.....	40
4. Implementasi Keperawatan .....	41
5. Evaluasi Keperawatan .....	43
BAB V.....	46
PENUTUP.....	46
A. Kesimpulan.....	46
B. Saran.....	47
1. Intitusi Pendidikan.....	47
2. Lahan Praktik .....	47
3. Masyarakat.....	47
DAFTAR PUSTAKA .....	49

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Anemia yaitu suatu keadaan dimana berkurangnya hemoglobin dalam tubuh. Hemoglobin yaitu metaloprotein di dalam sel darah merah yang mengandung zat besi yang fungsinya sebagai pengangkut oksigen dari paru - paru ke seluruh tubuh (Malikussaleh, 2019). Menurut (Yustisia et al., 2020) Anemia bukan merupakan suatu diagnosis atau penyakit, melainkan merupakan gejala awal suatu penyakit atau gangguan fungsi tubuh. Gejala yang sering dialami antara lain: lesu, lemah, pusing, mata berkunang-kunang, dan wajah pucat. Anemia merupakan suatu penyakit yang tidak bisa diabaikan, jika tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan dampak negative bagi kesehatan tubuh. Salah satu dampaknya antara lain jika hemoglobin ( Hb ) dan sel darah merah sangat rendah dapat mengakibatkan kinerja pengangkutan oksigen menjadi berkurang. Kondisi ini yang dapat mengakibatkan kerja organ-organ penting, salah satunya otak (Yustisia et al., 2020).

Masalah kesehatan dunia terutama negara berkembang diperkirakan 30 % penduduk dunia mengalami anemia. Anemia pada remaja putri sampai saat ini masih cukup tinggi, menurut World Health Organization ( WHO ) ( 2013 ), prevalensi anemia dunia sekitar 40 – 88 %. Jumlah penduduk Remaja ( 10 – 19 ) di Indonesia sebesar 26, 2 % yang terdiri dari 50 % laki- laki dan 49,1 % perempuan (Neli Agustin & Maani, 2019). Anemia dapat dialami pada masyarakat dari berbagai umur dan jenis kelamin. Menurut data hasil Riset Kesehatan Dasar ( Riskesdas) tahun 2013, prevalensi anemia di Indonesia adalah 21,7 % dengan penderita pada anak- anak sebesar 26,4 % dan 18,4 % pada dewasa (Yustisia et al., 2020). Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan anemia antara lain adalah status gizi, menstruasi, dan sosial ekonomi. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2013

menunjukkan prevalensi anemia pada usia 5-14 tahun sebesar 26,4% (DeLoughery, 2014). Indonesia merupakan salah satu dari 45 negara yang banyak mengalami anemia. Pada tahun 2014, Negara yang tergolong tengah berkembang ini baru menempati peringkat ke 30, dengan jumlah penduduk yang pernah menderita anemia sebanyak 3,2 juta jiwa (Banjarnahor, 2019).

Peran perawat pada kasus anemia adalah memberikan informasi ataupun pendidikan kesehatan kepada pasien mengenai factor penyebab, penanggulangan dan pencegahan dari Anemia. Lingkungan tempat pasien di rawat juga harus dipelihara nyaman mungkin untuk mengurangi resiko jatuh pada pasien anemia disamping itu juga sangat diperlukan juga perhatian perawat pada cara penanganan pasien anemia. Motivasi perawat dalam Asuhan Keperawatan yang profesional menjadi tolak keberhasilan dalam penyembuhan pasien (Yustisia et al., 2020). Dari data yang didapatkan dari pasien dan status penulis mencoba menganalisa masalah yang sedang dialami oleh Tn. S yang dirawat di Ruang Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Penulis mampu menjelaskan Konsep Asuhan Keperawatan kepada pasien serta melakukan asuhan keperawatan pada pasien Anemia di Ruang Rawat Inap Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menjelaskan konsep dasar medis anemia antara lain pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik, komplikasi dan penatalaksanaan medis.
- b. Menjelaskan konsep dasar asuhan keperawatan pada pasien dengan Anemia antara lain; pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.
- c. Menganalisis asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Anemia di

Ruang Rawat inap Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

### C. Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka karya tulis ilmiah ini diharapkan memberikan manfaat bagi pihak – pihak terkait untuk bisa dijadikan refrensi, dan pembelajaran bagi pihak- pihak terkait antara lain :

#### 1. Institusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi ilmiah, untuk menambah wawasan bagi mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan anemia khususnya mahasiswa keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

#### 2. Profesi Keperawatan

Diharapkan mampu meningkatkan kemampuan dalam bidang keperawatan dan menambah literatur baru yang dapat dijadikan sebagai rujukan penelitian selanjutnya.

#### 3. Lahan Praktik

Dapat digunakan sebagai acuan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan klien Anemia.

#### 4. Masyarakat

Diharapkan kepada masyarakat untuk lebih mengetahui informasi kesehatan maupun penyakit Anemia dengan memanfaatkan media massa atau elektronik, dan tenaga kesehatan agar memperoleh wawasan mengenai kesehatan diri, pencegahan, dan penanggulangan pada penyakit khususnya pada Anemia.

## BAB II

### KONSEP DASAR

#### A. KONSEP DASAR PENYAKIT

##### 1. Pengertian

*Myelodysplastic Syndrome* ( MDS ) adalah suatu gangguan klonal sel system hematopoietic dengan ditandai adanya dysplasia, sitopenia yang cenderung bertransformasi ke leukemia myeloid akut ( Acute Myeloblastic leukemia / AML ). Dysplasia dapat terjadi pada > 1 seri sel myeloid yang dapat menyebabkan hematopoiesis infeksi di darah tepi dan di sumsum tulang dengan jumlah sel blast <20 %(Neli Agustin & Maani, 2019).

Anemia yaitu suatu keadaan dimana berkurangnya hemoglobin dalam tubuh. Hemoglobin yaitu metaloprotein di dalam sel darah merah yang *mengandung* zat besi yang fungsinya sebagai pengangkut oksigen dari paru - paru ke seluruh tubuh( Malikussaleh, 2019).

Anemia adalah suatu gangguan kekurangan sel darah merah, sedangkan sel darah merah berfungsi untuk membawa oksigen ke seluruh organ tubuh. Dan apabila sel darah merah dalam tubuh rendah, maka jumlah oksigen dalam tubuh juga rendah. Gejala anemia disebabkan oleh kurangnya kadar oksigen yang mengalir ke jaringan dan organ tubuh. Sel darah merah diukur berdasarkan jumlah hemoglobin dalam tubuh. Sebab, hemoglobin sendiri suatu protein kaya zat besi dalam sel darah merah yang membawa oksigen dari paru- paru keseluruh tubuh, selain itu , hemoglobin juga membawa sel darah merah yang jenuh dengan karbondioksida kembali ke paru- paru yang dikeluarkan(Yamada et al., 2017).

Klasifikasi penyakit ada 3 macam klasifikasi yaitu anemia ringan , sedang dan berat yang diukur dengan derajat WHO yaitu :

- a. Anemia ringan sekali : Hb 10.00 gr% - 13.00 gr%
- b. Anemia ringan : Hb 8.00 gr% - 9.90 gr%
- c. Anemia sedang : Hb 6.000 gr% - 7.90 gr%
- d. Anemia berat : Hb < 6.00 gr%(Ainun, 2019).

## 2. Jenis – jenis anemia

- a. Anemia defisiensi zat besi

Jenis anemia ini yang paling umum terjadi yang disebabkan oleh kurangnya zat besi dalam tubuh. Untuk memproduksi hemoglobin, sumsum tulang belakang membutuhkan zat besi yang cukup. Tanpa zat besi yang memadai, tubuh tidak dapat menghasilkan cukup hemoglobin untuk memproduksi sel darah merah. Anemia defisiensi zat besi ini juga sering dialami oleh ibu hamil, menstruasi yang tak mengeluarkan darah, kanker, penggunaan rutin obat pereda nyeri yang dijual bebas, seperti aspirin.

- b. Anemia defisiensi vitamin

Selain zat besi, tubuh juga memerlukan vitamin B12 dan asam folat, yang berfungsi untuk menghasilkan sel darah merah yang cukup. Pada orang yang menjalani diet yang dapat menyebabkan kedua nutrisi ini mengalami penurunan produksi sel darah merah. Sebab tubuh mereka ternyata tercap tidak dapat memproses vitamin tersebut. Kondisi ini dikenal sebagai anemia pernisiiosa.

- c. Anemia karena penyakit kronis

Beberapa penyakit tertentu seperti kanker, HIV/AIDS, penyakit ginjal, rheumatoid arthritis, dan beberapa penyakit peradangan lainnya yang dapat mengganggu produksi sel darah merah.

d. Anemia aplastik

Anemia jenis ini jarang terjadi, penyebab anemia aplastik ini seperti infeksi, pemakaian obat-obatan tertentu, penyakit autoimun, dan paparan terhadap bahan kimia yang beracun. Anemia yang berhubungan dengan penyakit pada sumsum tulang belakang. Beberapa jenis penyakit seperti leukemia dan myelofibrosis, yang dapat menyebabkan anemia yang dapat mempengaruhi produksi sel darah merah pada sumsum tulang belakang.

e. Anemia hemolitik

Anemia hemolitik terjadi apabila hancurnya sel darah merah, lebih cepat daripada regenerasinya oleh sumsum tulang belakang. Kondisi ini bisa diturunkan secara genetic, maupun dialami dikemudian hari.

f. Anemia sel sabit ( sickle cell anemia )

Anemia jenis ini diturunkan secara genetic yang disebabkan oleh kecacatan atau kerusakan hemoglobin yang mengakibatkan sel darah merah berubah menjadi sabit ( sickle ). Bentuk seperti ini suatu bentuk yang abnormal. Sel- sel abnormal ini akan mati sebelum waktunya yang dapat menyebabkan tubuh kronis dari sel darah merah.

g. Anemia lainnya

Anemia jenis lainya seperti thalassemia dll (Malikulsaleh, 2019).

### 3. Etiologi

- a. Lemah, letih, lelah dan lesu
- b. Pusing, dan mata berkunang – kunang
- c. Pucat pada bibir, lidah, kelopak mata, kulit. Pucat tersebut diakibatkan oleh kurangnya volume darah dan Hb, vasokonstriksi.
- d. kelemahan
- e. Asam folat, vitamin C, dan unsur – unsur yang dibutuhkan pada pembentukan sel darah merah

- f. Darah menstruasi yang berlebih berkurangnya zat besi yang dapat menyebabkan anemia
- g. Wanita hamil sering terjadi anemia karena dalam pertumbuhannya janin menyerap zat besi dan vitamin.
- h. Penyakit tertentu yang mana mengakibatkan perdarahan terus menerus

*Myelodysplastic syndrome* terjadi di semua umur, termasuk anak-anak. Usia penyakit Myelodysplastic syndrome ( MDS ) rata – rata 70 tahun. Etiologi dari MDS yaitu paparan berkepanjangan terhadap benzene dalam kadar yang tinggi, merokok, infeksi virus, agen kemoterapi, agen alkilating, inhibitor topoisomerase, radiasi, terjadi paparan zat kimia di bidang perantaraan yang dapat meningkatkan resiko terjadinya MDS. Mutasi dan kerusakan DNA agen tersebut dapat menyebabkan hilangnya integritas kromosom (Neli Agustin & Maani, 2019).

#### 4. Manifestasi klinis

Tanda- tanda anemia itu disebabkan karena jumlah sel darah merah rendah akibatnya berkurangnya pengiriman oksigen ke setiap jaringan pada tubuh. Anemia bisa memperburuk kondisi medis lainnya yang mendasari (Poerwati, 2011).

Tanda – tanda anemia sebagai berikut :

- a. Lesu, lemah, letih, lalai dan lelah
- b. Sering mengeluh pusing dan mata berkunang- kunang
- c. Terlihat pucat kelopak mata, bibir, lidah, ringan, kulit, telapak tangan
- d. Nafsu makan menurun
- e. Sesak nafas
- f. Adanya keluhan seputar infeksi, seperti demam, nyeri badan
- g. Riwayat terjadinya perdarahan (Amirudin Ali et al., 2012).

## 5. Pemeriksaan penunjang

- a. Tes darah lengkap / Complete Blood Count )
- b. Pemeriksaan yang dilakukan dengan mengukur kadar sel darah di dalam sampel darah. Yang dilihat dari jumlah hematokrit (sel darah merah dalam tubuh ).
- c. Pemeriksaan sel darah merah
- d. Pemeriksaan yang dilakukan untuk memastikan ukuran dan bentuk sel darah merah.
- e. Pemeriksaan kadar zat besi, ferritin, vitamin B12, tes diagnostic tambahan.
- f. Pemeriksaan yang dibutuhkan berfungsi untuk menentukan penyebab anemia.
- g. melakukan pengujian pada sampel tulang sumsum untuk mendeteksi anemia (DeLoughery, 2014).

Pemeriksaan penunjang pada anemia :

- a. Antibiotik pada pasien ini dengan jumlah sel neutrofil yang rendah ( neutropenia ), maka akan sering mengalami infeksi. Untuk itu diperlukan antibiotik dibutuhkan untuk melawan untuk melawan infeksi tersebut.
- b. Transfusi darah  
Dilakukan pada penderita anemia yang mengalami pendarahan dan infeksi
- c. Imunoterapi  
Anemia dapat disebabkan oleh gangguan autoimun, maka diberikan obat untuk menekan sistem imun.
- d. Transplantasi sum sum tulang  
Transplantasi ini dilakukan untuk mengganti sumsum tulang yang telah rusak. Transplantasi juga metode pengobatan yang dapat bersifat menyembuhkan. (Neli Agustin & Maani, 2019).

## 6. Patofisiologi

Anemia merupakan suatu penyakit yang ditandai penurunan kadar hemoglobin ( Hb ) dan sel darah merah ( eritrosit ) dibawah normal. Pria dikatakan anemia apabila kadar Hemoglobin kurang dari 14 g/dl dan eritrosit kurang dari 41 %. Begitupun dengan wanita, apabila kadar hemoglobin kurang dari 12 g/dl dan eritrosit kurang dari 37 %. Anemia bukan merupakan suatu penyakit, melainkan dari suatu bentuk pencerminan keadaan penyakit akibat adanya gangguan fungsi tubuh yang mana hemoglobin yang berfungsi mengangkut oksigen mengalami penurunan. Banyak tipe anemia dengan beragam penyebabnya. Sehingga mengalami penurunan pada kapasitas sel darah merah dalam mengangkut oksigen.

Anemia menurut (Putri, 2013) mencerminkan adanya kegagalan sum-sum atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan atau kedua nya. Kegagalan sum-sum dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor atau kebanyakan akibat penyebab yang tidak di ketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau hemolisis (dekstruksi), hal ini dapat terjadi akibat defek sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah normal yang menyebabkan dekstruksi sel darah merah.

Lisis sel darah merah (disolusi) terjadi terutama dalam sel fagositik atau dalam sistem retikuloendotelial, terutama dalam hati dan limpa. Sebagai efek samping proses ini, bilirubin yang terbentuk dalam fagosit akan memasuki aliran darah. Setiap kenaikan dekstruksi sel darah merah (hemolisis) segera direfleksikan dengan peningkatan bilirubin plasma. Konsentrasi normal nya 1mg/dL atau kurang, bila kadar diatas 1,5 mg/dL akan mengakibatkan interik pada sklera.

## 7. Komplikasi

- a. Gagal jantung
- b. Mengalami kejang
- c. Daya konsentrasi mengalami penurunan
- d. Perkembangan otot memburuk ( jangka lama )(Lingga, 2019).

Komplikasi anemia menurut (Sugeng, 2013) adalah

- a. Kelelahan berat, bila anemia mencukupi parah seseorang mungkin merasa sangat lelah sehingga tidak bisa menyelesaikan tugas sehari – hari.
- b. Komplikasi kehamilan, wanita hamil dengan anemia defisiensi folat mungkin lebih cenderung mengalami komplikasi, seperti kelahiran premature.
- c. Masalah jantung, anemia dapat menyebabkan detak jantung cepat atau ireguler (aritmia). Bila seseorang menderita anemia, jantung harus memompa lebih banyak darah untuk mengimbangi kekurangan oksigen dalam darah. Hal ini menyebabkan jantung membesar atau gagal jantung.
- a. Kematian beberapa anemiaturunan, seperti anemia sel sabit, bisa menyebabkan komplikasi yang mengancam jiwa. Kehilangan banyak darah dengan cepat mengakibatkan anemia akut dan berat dan bisa berakibat fatal.(Safira, 2019).

## 8. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan Anemia ditujukan untuk mencari penyebab dan mengganti darah yang hilang

- b. Anemia aplastik
  - 1) Transplantasi sumsum tulang
  - 2) Pemberian terapi immunosupresif dengan globulin antitimosit (ATG )
- c. Anemia pada penyakit ginjal
  - 1) Pada pasien *dialysis* harus ditanganidengan pemberian besi dan

asam folat

2) Ketersediaan eritropeotin rekombinan

d. Anemia pada penyakit kronis

Pada anemia tidak menunjukkan gejala dan memerlukan penanganan khusus. Besi sumsum tulang dipergunakan untuk membuat darah, sehingga Hb meningkat

e. Anemia pada defisiensi besi

1) Penyebab dari defisiensi besi

2) Menggunakan preparat besi oral

f. Anemia megaloblastik

1) Defisiensi vitamin B12 dengan pemberian vitamin B12 yang dapat diberikan dengan injeksi B12.

2) Terapi Vitamin B12 diberikan pada pasien selama hidup untuk mencegah kekambuhan anemia.

g. Anemia defisiensi asam folat penanganannya dengan diet dan penambahan asam folat 1 mg/hari, secara IM pada pasien dengan gangguan absorpsi (Safira, 2019).

## 9. Pencegahan anemia

a. Memenuhi kebutuhan zat besi seperti mengkonsumsi makanan tinggi zat besi, yaitu daging, kacang-kacangan, sayuran hijau gelap dan buah-buahan

b. Mencukupi kebutuhan folat, yang dapat ditemui pada buah sayuran hijau gelap, kacang polong, kacang tanah, gandum, nasi dll

c. Mencukupi vitamin B12 dengan banyak mengkonsumsi makanan yang kaya akan vitamin B12, yaitu daging, susu, sereal dll

d. Mencukupi vitamin C, terdapat pada buah-buahan jus, brokoli, tomat, melon, stroberi, karena makanan ini membantu penyerapan zat besi (Lingga, 2019).

Pencegahan Anemia antara lain :

- a. Mengonsumsi makanan yang kaya zat besi dengan memenuhi makanan – makanan seperti : kacang- kacang, hati, tahu, ikan, daging merah.
- b. Mengonsumsi makanan yang dapat membantu menyerap zat besi. Dibutuhkan kandungan nutrisi seperti vitamin C seperti : jus jeruk, brokoli, buah dan sayuran.
- c. Hindari minum teh atau kopi ketika makan . Minuman ini dapat mencegah tubuh untuk menyerap zat besi.
- h. Mengonsumsi makanan yang kaya akan vitamin B12. Seperti hati sapi, tiram, telur, daging, susu (Amirudin Ali et al., 2012).

## **B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN**

### **1. Pengkajian**

- a. Identitas pasien, meliputi :  
Nama, Usia : yang sering terkena anemia yaitu orang dewasa. Jenis Kelamin : yang sering dominan terkena Anemia adalah perempuan. Agama, Status perkawinan, Pendidikan, Pekerjaan, Tanggal Masuk, No. RM, Diagnosa Medis.  
Penanggung jawab meliputi :  
Nama, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien.
- b. Alasan masuk  
Klien mengeluh pusing, lemah, gemetaran, pucat, akral dingin.
- c. Riwayat kesehatan
  - 1) Riwayat kesehatan sekarang  
Keletihan, kelemahan, pusing, gemetaran, kemampuan beraktivitas menurun, nyeri pada luka.
  - 2) Riwayat kesehatan dahulu

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

- a) Apakah sebelumnya klien pernah mengalami anemia.
  - b) Apakah meminum obat tertentu dalam waktu jangka panjang.
  - c) Apakah pernah mengalami keganasan yang tersebar seperti kanker payudara, leukemia, dan multiple myeloma.
- d. Riwayat kesehatan keluarga

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

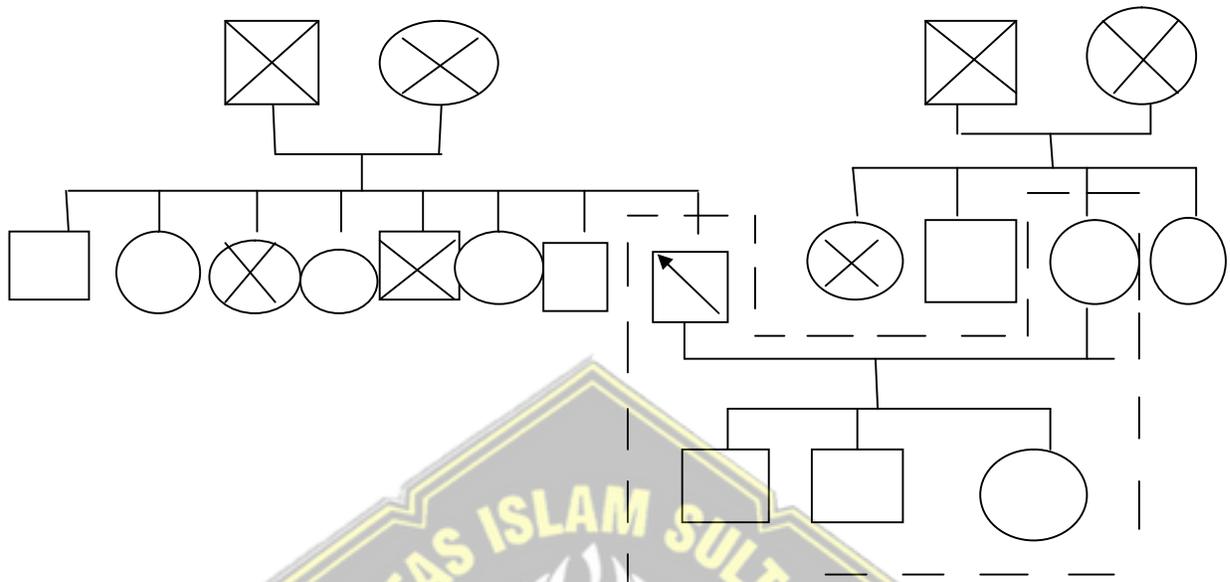
- 1) Apakah dalam keluarga ada yang mengalami anemia
- 2) Apakah dalam keluarga ada riwayat penyakit kronis atau menahun ( diabetes, darah tinggi, kanker dll )
- 3) Apakah dalam keluarga mengkonsumsi obat – obatan dalam waktu panjang.

## **2. Genogram**

Merupakan riwayat keluarga yang terdapat tiga generasi atau individu yang berisi symbol- symbol khusus untuk menjelaskan hubungan penyakit dengan keluarga yang bertujuan mengkaji suatu riwayat penyakit yang diperoleh dari keluarga dan klien.

Pada pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan anak terakhir dari delapan bersaudara, dan mempunyai tiga orang anak yang semuanya masih satu rumah dengan pasien dan didapatkan tidak ada riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes mellitus, kanker atau penyakit kronis lainnya pada keluarga pasien. Dan dari keluarga pasien tidak ada yang mengalami penyakit anemia yang sedang dialami pasien.

**Genogram**



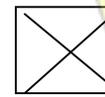
**Keterangan :**



: Laki- laki



: Perempuan



: Laki – Laki meninggal



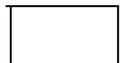
: Perempuan meninggal



: Klien/pasien



: Garis Perkawinan



: Garis Keturunan



: Hubungan Keluarga

### 3. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : composmentis

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

TTV :TD : Biasanya menurun

N : Biasanya meningkat

RR : biasanya cepat

S : biasanya meningkat

#### Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Bagaimana lesimetrisan, warna rambut, kebersihan kepala, rambut kering, mudah pupus, menip, sakit kepala, pusing.

b) Mata

Sclera tidak iklerik, konjungtiva anemis, pupil isokor

c) Telinga

Kesimetrisan telinga, dungsi pendengaran, kebersihan pada telinga

d) Hidung

Kesimetrisan, fungsi penciuman, kebersihan, adanya perdarahan pada hidung atau tidak.

e) Mulut

Keadaan mukosa mulut, bibir pucat, stomatitis

f) Leher

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

g) Thorax

Paru –paru :

I : Pergerakan dinding dada, takipnea, orthopnea, dispnea ( kesulitan bernafas ), nafas pendek, cepat lelah ketika beraktivitas yang merupakan manifestasi berkurangnya pengiriman oksigen.

P : taktil premitus simestris

P : sonor

A : bunyi nafas vesikuler, bunyi nafas tambahan lainnya.

Jantung

I : jantung berdebar – debar, Takhikardi dan bising jantung yang menggambarkan suatu beban pada jantung dan curah jantung mengalami peningkatan.

P : tidak teraba adanya massa

P : pekak

A : bunyi jantung murmur sistolik.

h) Abdomen

I : Kesimetrisan, diare, hematemesis, muntah.

A : suara bising usus

P : terdapat bunyi timpani.

P : terabanya pembesaran hepar/tidak, terdapat nyeri tekan tidak

i) Genetalia

Normal/abnormal

j) Integumen

Mukosa pucat, kering dan kulit keriput

k) Ekstremitas

Kelemahan dalam beraktivitas, terdapat pucat pada membrane mukosa dan

dasar kuku, kuku mudah patah

1) Punggung

Kesimetrisan punggung warna kulit dan kebersihan punggung(Poerwati, 2011).

**4. Diagnosis Keperawatan ( SDLKI )**

Secara teoritis diagnosa yang di temukan pada klien Anemia

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hemoglobin.
2. Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan
3. Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ).
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi.
5. Defisit perawatan diri b/d Kelemahan(PPNI, 2017).

**5. Intervensi Keperawatan ( SIKI Edisi 1 cetakan II 2018 )**

Diagnosa keperawatan 1 : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hemoglobin.

kriteria hasil : 1) mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan : tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan. 2) Status sirkulasi tidak ada gangguan. 3) mempercepat penyembuhan luka.

Intervensi ( SIKI Edisi1 cetakan II 2018 ) : 1) pemberian obat, 2) pemantauan tanda- tanda vital 3) perawatan luka 4) pemantauan hasil laboratorium 5) pengaturan posisi.

Diagnosa keperawatan 2 : Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Kriteria hasil :1) kemudahan dalam melakukan aktivitas atau ambulasi. 2) konsevasi energi.

Injtervensi :1) monitor Tanda Vital. 2) monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 3) edukasi aktivitas/ istirahat. 4) pengaturan posisi senyaman mungkin.

Diagnosa keperawatan 3 : Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ).

Kriteria Hasil :1) mencegah infeksi dengan kontrol risiko. 2) status imun 3) status nutrisi.

Intervensi :1) monitor Tanda Vital. 2) Perawatan luka. 3) pemantauan nutrisi. 3) manajemen lingkungan. 4) pengatur posisi nyaman. 5) kolaborasi pemberian terapi obat.

Diagnosa keperawatan 4 :Ketidakseimbangan Nutisi Kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan memasukkan atau mencerna nutrisi oleh karena faktor biologis psikologis atau ekonomi. SDKI

Kriteria Hasil : 1) berat badan seimbang 2) nafsu makan meningkat

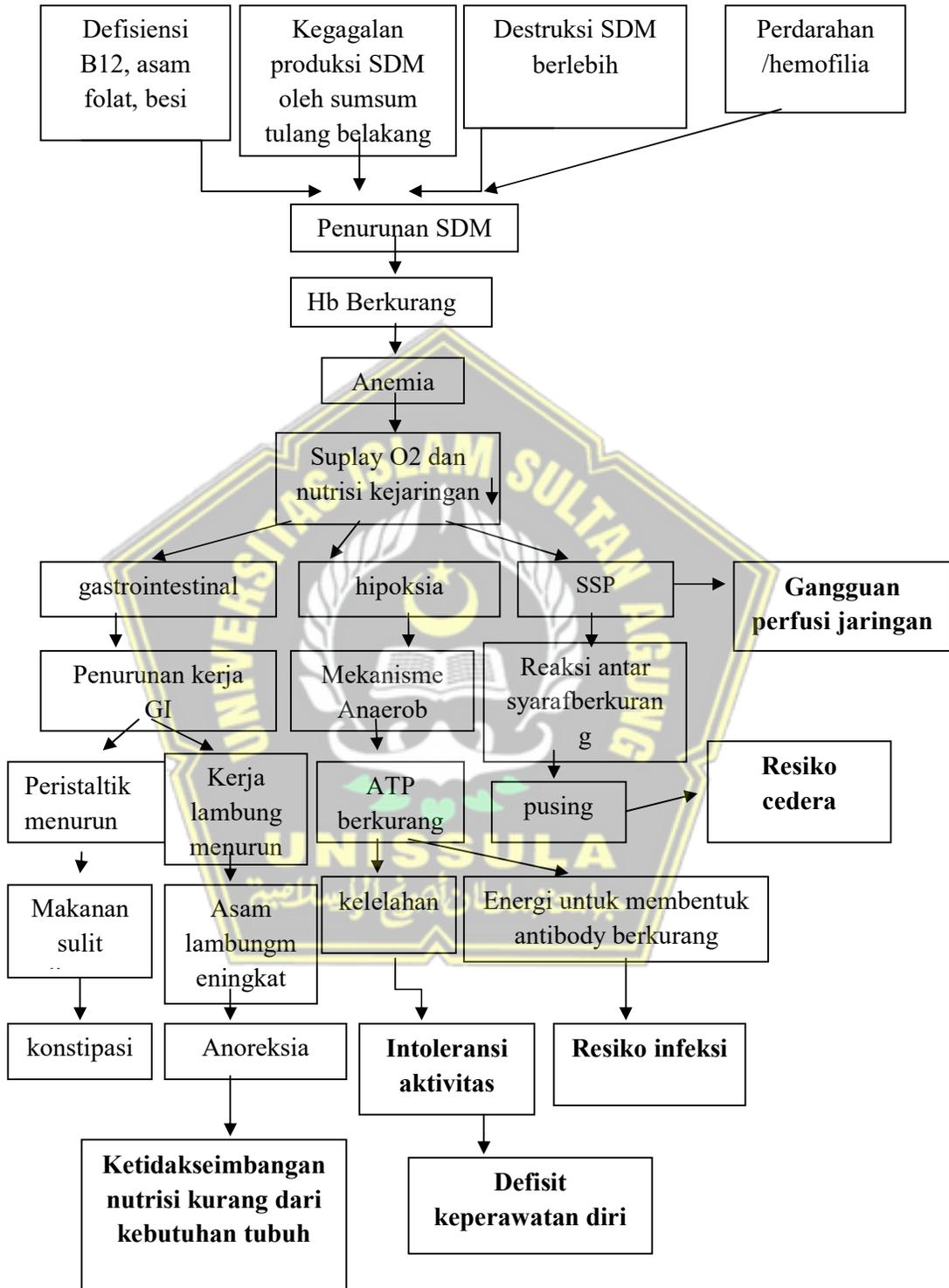
Intervensi : 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, 3) monitor asupan makanan 4) monitor berat badan 5) monitor hasil pemeriksaan laboratorium 6) kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan.

Diagnosa keperawatan 5 :Defisit perawatan diri b/d Kelemahan

Kriteria hasil : 1) mobilitas fisik menurun 2) motivasi untuk kebersihan diri 3) tingkat kelelahan menurun

Intervensi : 1) bantu perawatan diri 2) bantu perawatan berhias 3) bantu perawatan berpakaian, 4) bantu perawatan mandi (PPNI T. P., 2019).

C. PATHWAYS



## BAB III

### LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 Februari 2021 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang di ruang Baitul Izza 1 dengan data- data sebagai berikut :

##### 1. Identitas Pasien

Nama : Tn. S, Usia : 56 tahun, Jenis Kelamin : laki-laki, Diagnosa Medis : Anemia, Pendidikan terakhir : SD, Pekerjaan : Petani, Alamat : Ngrebo Rt.06/Rw.01 Kedungrejo, Grobogan, Purwodadi, No. RM : 01-38-26-60, Tgl MRS : 3 Februari 2021.

##### 2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. E, Jenis kelamin : laki-laki, alamat : Ngrebo Rt.06/Rw.01 Kedungrejo, Grobogan, Purwodadi, pekerjaan: swasta, hubungan dengan klien : anak kandung.

##### 3. Riwayat Kesehatan

###### a. Keluhan Utama

Pusing, badan lemas, gemeteran, ada luka di kaki kanannya.

###### b. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan saat dikaji : pasien mengatakan badan lemah, pusing, gemeteran, tidak bisa melakukan pekerjaan sehari- hari karena lemas

###### c. Riwayat Penyakit Sebelumnya.

Pasien sebelumnya punya riwayat sakit MDS ( Sindrom Mielodiplasia ) ketika sumsum tulang mengalami gangguan akibat penurunan sel darah putih, sel darah merah dan trombosit didalam tubuh, yang dialami pasien sejak sekitar setahun ini. Dan sering merasakan gejala anemia (

pusing, lemes, gemeteran ) pada saat kerja di sawah tapi kadang masih dipakai bekerja yang ringan.

**d. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Pasien mengatakan keluarga tidak punya riwayat penyakit seperti yang dialami pasien, dan juga tidak ada riwayat darah tinggi, Diabetes maupun penyakit lainnya.

**e. Pola pengkajian fungsional**

**1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan**

Tn.S mengatakan bahwa kesehatan itu penting dan mahal harganya, namun Tn.S kurang mengerti mengenai penyakit yang dialami sehingga tindakan yang dilakukan ketika sakit yaitu dengan pergi kedokter dan minum obat. Tn.S juga mengatakan bahwa upaya yang dilakukan dalam mempertahankan kesehatan yaitu berupa melakukan pergerakan dan mengkonsumsi sayur beserta buah-buahan.

Tn.S dalam mengontrol kesehatan yaitu dengan istirahat atau kontrol kesehatan ke klinik terdekat serta minum obat apabila sedang merasa tidak enak badan, apabila sakit yang dirasakan.Tn.S tidak kunjung mebaik maka langsung dilarikan ke RS terdekat. Tn.S memiliki kebiasaan berupa mengkonsumsi susu dan energen setiap pagi. Pada sisi ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan Tn.S memiliki asuransi kesehatan berupa BPJS.

**2) Pola nutrisi dan metabolik**

Sebelum sakit Tn.S mengatakan bahwa makan 2-3 x sehari dengan porsi dan nafsu makan normal, serta jenis makanan yang dikonsumsi berupa sayur dan tempe tapi kadang tidak habis satu porsi. Tn.S mengatakan bahwa tidak menyukai telur dan jarang makan daging, serta tidak mengkonsumsi vitamin penambah nafsu makan.Tn.S banyak minum air putih.

### **3) Pola eliminasi**

Sebelum sakit Tn.S BAB 1 tahun terakhir dengan feses lembek, BAB sehari sekali sampai dua kali dengan konsistensi lembek,. Pola BAK normal, tidak terpasang kateter maupun kolostomi.

### **4) Pola aktivitas dan latihan**

Sebelum sakit Tn.S mengatakan terdapat keluhan dalam melakukan aktivitas dan setiap hari berjalan kaki untuk pergi bekerja di sawah. Setelah dirawat Tn.S mengatakan mudah lelah dan hanya berbaring serta berjalan kaki menuju kamar mandi jika ingin BAK, dan kebutuhan sehari-hari dibantu keluarga dan perawat.

### **5) Pola istirahat dan tidur**

Sebelum dirawat Tn.S mengatakan sulit tidur dan mudah terbangun apabila terdapat cahaya terlalu terang serta mendengar suara bising. Tn.S tidur pada jam 21.00 – 04.00 pagi, waktu tidur tidak menentu antara 5-6 jam perhari. Setelah dirawat Tn.S mengatakan sulit tidur, sulit untuk memulai tidur, dan mudah terkejut dalam tidur ketika mendengar suara serta cahaya yang terlalu terang. Waktu tidur antara jam 22.30 – 04.00 pagi.

### **6) Pola kognitif-perseptual sensori**

Sebelum sakit Tn.S mengatakan bahwa pendengaran normal, kemampuan kognitif normal, namun sering merasakan sakit kepala. Dan setelah Tn.S mengatakan kondisi mata, pendengaran, kognitif, dan sakit kepala masih sama dengan sebelum sakit Tn.S juga merasakan sakit dibagian seluruh dan nyeri dibagian kaki karena ada luka.

### **7) Pola persepsi diri dan konsep diri**

Sebelum sakit Tn.S mengatakan bahwa perannya sebagai bapak dan kakek selalu merasa bersyukur karena dikelilingi anak yang selalu membantu, Tn.S berharap selalu diberikan kesehatan

dan bersyukur dengan kondisi fisik yang dimiliki. Dan setelah dirawat Tn.S mengatakan bahwa penyakitnya segera sembuh dan dapat menjalani hidup dengan baik, serta sabar dalam menjalani cobaan berupa penyakit yang diderita.

#### **8) Pola mekanisme koping**

Sebelum sakit Tn.S mengatakan bahwa kekuatan diri diperoleh dari cucu, anak, dan istri. Pengambilan keputusan terkadang dibantu oleh anak, akan tetapi lebih banyak diam apabila mendapatkan sebuah masalah. Setelah dirawat Tn.S mengatakan bahwa kekuatan diri masih sama seperti sebelum sakit ditambah dengan perawat dan dokter, pengambilan keputusan masih sama seperti sebelum sakit, serta upaya Tn.S dalam menghadapi masalah saat ini yaitu dengan bersabar, berdoa, dan patuh dengan program penyembuhan yang diberikan meskipun terdapat kegelisahan didalam diri.

#### **9) Pola seksual reproduksi**

Tn.S mengatakan ketika sebelum sakit jarang sekali dan hampir tidak pernah melakukan aktivitas seksual karena sudah memiliki umur yang cukup tua. Setelah dirawat Tn.S mengatakan bahwa pola seksual reproduksi masih sama dengan sebelum sakit.

#### **10) Pola peran-berhubungan dengan orang lain**

Sebelum sakit Tn.S mengatakan bahwa hubungan dengan orang lain serta kemampuan berkomunikasi baik, menurut Tn.S orang terdekat adalah anak perempuan dan istri dimana sebagai bala bantuan ketika sedang mengalami kesusahan. Setelah dirawat pola peran berhubungan dengan orang lain masih sama dengan sebelum sakit, akan tetapi perawat sangat dibutuhkan oleh Tn.S ketika meminta bantuan.

#### **11) Pola nilai dan kepercayaan**

Sebelum sakit Tn.S mengatakan sering menjalankan ibadah dirumah, dan tidak terdapat keyakinan yang bertentangan dengan kesehatan atau pengobatan yang dijalani. Setelah dirawat Tn.S

mengatakan tidak dapat melakukan ibadah seperti biasa, dan tidak terdapat keyakinan yang bertentangan dengan kesehatan atau pengobatan yang dijalani saat ini.

**f. Pemeriksaan Fisik**

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu : tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 ( E4 V5 M6 ). Tampak keadaan umum lemah, sclera mata putih, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, Pasientampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput. Tanda-Tanda Vital TD : 165/ 86 mmHg, N : 102 kali/menit, RR : 20 kali/menit, Suhu : 36,2 C, Tinggi Badan : 163 cm, Berat Badan : 56 Kg.

**g. Pemeriksaan Penunjang**

Dilakukan pada tanggal 3 Februari 2021 sebagai berikut :

Pemeriksaan Darah

- 1) Hemoglobin 7,0 gr/dL ( nilai normal 12 – 16 gr/dL )
- 2) Hematokrit 23.4 % ( nilai normal 33.0 – 45.0 % )
- 3) Leukosit 3.38 ribu/ML ( nilai normal 3.80 – 10.60 ribu/ML )
- 4) Trombosit 52 ribu/ML ( nilai normal 150 – 440 ribu/ML )

**h. Terapi**

NaCl 20 TPM/IV, Furosemide 1 ampul/4 kolf, sandinum 3x1, metil pred 4 mg 3x1, extra dexta 1A, donor darah 4 kolf ( gol O+ ).

**B. Analisis Data**

1. **Data Subyektif** : pasien mengatakan pusing, badan lemah, gemeteran.  
**Data Objektif** : tampak keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat kering, Pasientampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, ada luka dikaki kanannya bekas kena knalpot motor 1 bulan yang lalu masih mengeluarkan darah. Tanda- Tanda Vital TD: 165/ 86 mmHg, N: 98 x/m, S : 36,2, RR : 20 x/m, HB : 7,0 gr% ( nilai normal 13 – 18 gr% ) **Etiologi** : penurunan konsentrasi Hb dan darah Suplay oksigen berkurang. **Masalah Keperawatan** : ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.
2. **Data Subyektif** : pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan

kegiatan sehari-hari. **Data Objektif** : pasien tampak lemah dan semua ADL's sebagian dibantu keluarga dan perawat. **Etiologi** : Kelemahan .  
**Masalah Keperawatan** : Intoleransi Aktivitas

3. **Data Subyektif** : pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya karena terkenal knalpot motor 1 bulan yang lalu. **Data Objektif** : tampak ada balutan luka di kaki kanannya, luka tampak rembes di balutan. Etiologi : Resiko Infeksi . **Masalah Keperawatan** : ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin).

#### **C. Diagnosa Keperawatan:**

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
3. Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ).

#### **D. Intervensi Keperawatan**

Pada tanggal 04 Februari 2021 jam 10.30 ditetapkan intervensi keperawatan berdasarkan **diagnosa** keperawatan yang telah ditetapkan:

Diagnosa utama berupa Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin penurunan suply oksigen dibuktikan dengan keletihan, kelemahan, pusing, gemeteran, kemampuan beraktivitas menurun, wajah dan kulit pucat dan nyeri pada luka di kaki. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam, diharapkan perfusi jaringan perifer pasien efektif, kemampuan beraktivitas meningkatkan, mempercepat penyembuhan luka. Dengan intervensi keperawatan berupa : monitor tanda-tanda vital ( misalnya data awal, selama dan setelah tranfusi),edukasi pasien rencana pemberian tranfusi darah, lakukan tranfusi darah, monitor adanya reaksi transfuse darah, kolaborasi pemberian terapi obat.

Diagnosa kedua berupa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan

kelemahan dibuktikan dengan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari, pasien tampak lemah dan semua ADL's sebagian dibantu keluarga dan perawat. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam, diharapkan kemudahan dalam melakukan aktivitas atau ambulasi, melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Dengan intervensi keperawatan berupa : monitor Tanda Vital, monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, edukasi aktivitas/ istirahat, pengaturan posisi nyaman mungkin.

Diagnosa ketiga berupa Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ). dibuktikan dengan nyeri pada kaki kanannya karena terkenal knalpot motor 1 bulan yang lalu, ada balutan luka di kaki kanannya, luka tampak rembes di balutan. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam, diharapkan mencegah infeksi dengan kontrol risiko, mempercepat penyembuhan luka. Dengan intervensi keperawatan berupa : monitor tanda vital, perawatan luka, pemantauan nutrisi, manajemen lingkungan, pengatur posisi nyaman, kolaborasi pemberian terapi obat.

#### **E. Implementasi Keperawatan**

Pada tanggal 04 Februari 2021 jam 12.00 melakukan implementasi keperawatan diagnosa 1 berupa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer Pada implemmentasi pertama dengan ttv didapatkan data subyektif pasien mengatakan tekanan darah, suhu naik turun, dan data obyektif berupa pasien tampak lemah, gemetaran, pucat pada wajah. Implementasi kedua mengedukasi pasien rencana pemberian tranfusi darah didapatkan data subyektif pasien mengatakan faham atas apa yang sudah dijelaskan dan ditemukan data obyektif pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan. Implementasi ketiga melakukan tranfusi darah didapatkan data subyektif pasien mengatakan pasien mengatakan setuju dan bersedia dalam tindakan transfuse data obyektif pasien tampak kooperatif dengan tindakan

yang diberikan. Implementasi keempat memonitor adanya reaksi transfuse darah dan data obyektif pasien tampak pasrah saat melakukan transfusi dan tidak merasakan reaksi dari transfuse darah yang diberikan data obyektif pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan. Implementasi kelima mengkolaborasi pemberian terapi obat (memberikan obat sandimun 3 x1, metilprednisolon 4 mg 3 x 1, extra dexta 1A ) dengan data obyektif pasien tampak yakin tindakan dan pengobatan yang diberikan pada pasien adalah yang terbaik untuknya, data obyektif pasien tampak kooperatif.

Prosedur perawatan luka :

1. Mencuci tangan
2. Menyiapkan alat ( medikasi steril dalam bak steril : pinset anatomis & sirgugis, kom steril 2 buah, gunting jaringan, hipavix/verban, gunting perban, kassa steril secukupnya, NaCl 0,9 %, bengkok )
3. Mengkomunikasikan pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan
4. Menutup privasi
5. Membaca basmalah
6. Membuka balutan secara perlahan – lahan perhatikan kenyamanan pasien
7. Masukkan balutan kotor ke bengkok
8. Membersihkan luka dengan NaCl 0,9 % sampai bersih
9. Memperhatikan tanda-tanda infeksi sekunder seperti kemerahan, bengkok, panas, atau pus disekitar luka
10. Menutup luka dengan menggunakan sufratul secukupnya
11. Membalut luka menggunakan kasa steril
12. Menutup balutan menggunakan hepavix secara rapat
13. Membereskan alat
14. Merapikan pasien

15. Mencuci tangan dan mendokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan (KUSNIYAH, 2019).

Pada tanggal 04 Februari 2021 jam 12.30 melakukan implementasi keperawatan diagnosa 2 berupa intoleransi aktivitas. Pada implementasi pertama dengan ttv dengan data subjektif dari klien setuju untuk dilakukan pengukuran tanda vital dan data objektif pasien tampak kooepatif, Implementasi kedua dengan memonitor intake makanan untuk sumber energi dengan data subjektif pasien mengatakan akan menghabiskan satu porsi makanannya dan data objektif pasien tampak sedikit demi sedikit memakan makanannya, Implementasi ketiga dengan mengedukasi aktivitas/ istirahat dengan data subjektif pasien mengatakan akan tidur siang dan tidur mulai jam 21.00-04.00 pagi, dan data objektif pasien tampak istirahat dengan nyaman,implementasi keempat mengatur posisi senyaman mungkin dengan data subjektif pasien mengatakan bersedia untuk dibantu dalam posisi nyaman dan data objektif pasien tampak lebih rileks.dan pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

Pada tanggal 04 Februari 2021 jam 13.00 melakukan implementasi keperawatan diagnosa 3 berupa dukungan tidur dengan implementasi pertama monitor Tanda Vital dihasilkan data Subjektif dari klien setuju dilaksanakan pengukuran ttv dan data objektif pasien tampak kooepatif. Implementasi kedua merawat luka dihasilakan data subyektif pasien mengatakan bersedia dalam tindakan ganti balut ( merawat luka ) dan data objektif pasien tampak kooepatif. Implementasi ketiga manajemen lingkungan didapatkan data subyektif pasien mengatakan senang apabila tempat tidurnya bersih dan sering diganti sprai dan data obyektif pasien lebih rileks. Implementasi keempat mengatur posisi nyamandidapatkan dengan data subjektif pasien mengatakan bersedia untuk dibantu dalam posisi nyaman dan data objektif pasien tampak lebih rileks. Implementasi kelima melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) sehingga didapatkan data subyektif pasien mengatakan lebih nyaman tidur dengan posisi miring kekiri

dan data obyektif yang didapat pasien tampak rileks. Implementasi keenam mengkolaborasi pemberian terapi obat (memberikan obat sandimun 3 x1, metilprednison 4 mg 3 x 1, extra dexamethasone 1A) didapatkan data subjektif pasien mengatakan pasien tampak yakin tindakan dan pengobatan yang diberikan pada pasien adalah yang terbaik untuknya, data obyektif pasien tampak kooperatif.

Pada tanggal 05 Februari 2021 jam 12.00 melakukan implementasi keperawatan diagnosa 1 berupa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer. Pada implementasi pertama dengan memonitor tanda-tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah transfusi) didapatkan data subjektif pasien mengatakan tekanan darah, suhu naik turun, dan data obyektif berupa pasien tampak lemah, gemetaran, pucat pada wajah. Implementasi kedua mengedukasi pasien rencana pemberian transfusi darah didapatkan data subjektif pasien mengatakan paham atas apa yang sudah dijelaskan dan ditemukan data obyektif pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan. Implementasi ketiga melakukan transfusi darah didapatkan data subjektif pasien mengatakan setuju dan bersedia dalam tindakan transfuse data obyektif pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan. Implementasi keempat memonitor adanya reaksi transfuse darah dan data obyektif pasien tampak pasrah saat melakukan transfusi dan tidak merasakan reaksi dari transfuse darah yang diberikan data obyektif pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan. Implementasi kelima mengkolaborasi pemberian terapi obat (memberikan obat sandimun 3 x1, metilprednison 4 mg 3 x 1, extra dexamethasone 1A) dengan data obyektif pasien tampak yakin tindakan dan pengobatan yang diberikan pada pasien adalah yang terbaik untuknya, data obyektif pasien tampak kooperatif.

Pada tanggal 05 Februari 2021 jam 12.30 melakukan implementasi keperawatan diagnosa 2 berupa intoleransi aktivitas. Pada implementasi pertama dengan memonitor tanda vital dengan data subjektif pasien mengatakan setuju untuk dilakukan pengukuran tanda vital dan data obyektif

pasien tampak kooepatif, Implementasi kedua dengan memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat dengan data subjektif pasien mengatakan akan menghabiskan satu porsi makanannya dan data objektif pasien tampak sedikit demi sedikit memakan makanannya, Implementasi ketiga dengan mengedukasi aktivitas/ istirahat dengan data subjektif pasien mengatakan akan tidur siang dan tidur mulai jam 21.00-04.00 pagi, dan data objektif pasien tampak istirahat dengan nyaman,implementasi keempat mengatur posisi senyaman mungkin dengan data subjektif pasien mengatakan bersedia untuk dibantu dalam posisi nyaman dan data objektif pasien tampak lebih rileks.dan pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

Pada tanggal 05 Februari 2021 jam 13.00 melakukan implementasi keperawatan diagnosa 3 berupa dukungan tidur dengan implementasi pertama monitor Tanda Vital dihasilkan data subyektif pasien mengatakan setuju untuk dilakukan pengukuran tanda vital dan data objektif pasien tampak kooepatif. Implementasi kedua merawat luka dihasilkan data subyektif pasien mengatakan bersedia dalam tindakan ganti balut ( merawat luka ) dan data objektif pasien tampak kooepatif. Implementasi ketiga manajemen lingkungan didapatkan data subyektif pasien mengatakan senang apabila tempat tidurnya bersih dan sering diganti sprai dan data obyektif pasien lebih rileks. Implementasi keempat mengatur posisi nyamandidapatkan dengan data subjektif pasien mengatakan bersedia untuk dibantu dalam posisi nyaman dan data objektif pasien tampak lebih rileks. Implementasi kelima melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) sehingga didapatkan data subyektif pasien mengatakan lebih nyaman tidur dengan posisi miring ke kiri dan data obyektif yang didapat pasien tampak rileks. Implementasi keenammengkolaborasi pemberian terapi obat ( memberikan obat sandimun 3 x1, metilpredinosolon 4 mg 3 x 1, extra dexa 1A) didapatkan data sujektif pasien mengatakan pasien tampak yakin tindakan dan pengobatan yang diberikan pada pasien adalah yang terbaik untuknya, data obyektif pasien tampak kooperatif.

Pada tanggal 06 Februari 2021 jam 09.30 melakukan implementasi keperawatan diagnosa 1 berupa Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer Pada implemementasi pertama denganmelanjutkan intervensi yang belum tercapai memonitor tanda-tanda vital ( misalnya data awal, selama dan setelah tranfusi) didapatkan data subyektif pasien mengatakan tekanan darah, suhu naik turun, dan data obyektif berupa pasien tampak lemah, gemeteran, pucat pada wajah. Implementasi kedua mengedukasi pasien rencana pemberian tranfuse darah didapatkan data subyektif pasien mengatakan faham atas apa yang sudah dijelaskan dan ditemukan data obyektif pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan. Implementasi ketiga melakukan tranfuse darah didapatkan data subyektif pasien mengatakanpasien mengatakan setuju dan bersedia dalam tindakan transfusi data obyektif pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan. Implementasi keempat memonitor adanya reaksi tranfuse darah dan data obyektif pasien tampak pasrah saat melakukan tranfuse dan tidak merasakan reaksi dari tranfuse darah yang diberikan data obyektif pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan. Implementasi kelima mengkolaborasi pemberian terapi obat (memberikan obat sandimun 3 x1, metilpredinosolon 4 mg 3 x 1, extra dexa 1A) dengan data obyektif pasien tampak yakin tindakan dan pengobatan yang diberikan pada pasien adalah yang terbaik untuknya, data obyektif pasien tampak kooperatif.

Pada tanggal 06 Februari 2021 jam 10.00 melakukan implementasi keperawatan diagnosa 2 berupa intoleransi aktivitas. Pada implementasi pertama dengan melanjutkan intervensi yang belum tercapai, memonitor tanda vital dengan data subjektif pasien mengatakan setuju untuk dilakukan pengukuran tanda vital dan data objektif pasien tampak kooepratif, Implementasi kedua dengan memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat dengan data subjektif pasien mengatakan akan menghabiskan satu porsi makanannya dan data objektif pasien tampak sedikit demi sedikit memakan makanannya, Implementasi ketiga dengan mengedukasi aktivitas/ istirahat dengan data subjektif pasien

mengatakan akan tidur siang dan tidur mulai jam 21.00-04.00 pagi, dan data objektif pasien tampak istirahat dengan nyaman, implementasi keempat mengatur posisi senyaman mungkin dengan data subjektif pasien mengatakan bersedia untuk dibantu dalam posisi nyaman dan data objektif pasien tampak lebih rileks. dan pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

Pada tanggal 06 Februari 2021 jam 11.00 melakukan implementasi keperawatan diagnosa 3 berupa dukungan tidur dengan implementasi pertama dengan melanjutkan intervensi yang belum tercapai, monitor Tanda Vital dihasilkan data subjektif pasien mengatakan setuju untuk dilakukan pengukuran tanda vital dan data objektif pasien tampak kooperatif. Implementasi kedua perawatan luka dihasilkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dalam tindakan ganti balut ( merawat luka ) dan data objektif pasien tampak kooperatif. Implementasi ketiga manajemen lingkungan didapatkan data subjektif pasien mengatakan senang apabila tempat tidurnya bersih dan sering diganti sprai dan data objektif pasien lebih rileks. Implementasi keempat mengatur posisi nyaman didapatkan dengan data subjektif pasien mengatakan bersedia untuk dibantu dalam posisi nyaman dan data objektif pasien tampak lebih rileks. Implementasi kelima melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) sehingga didapatkan data subjektif pasien mengatakan lebih nyaman tidur dengan posisi miring ke kiri dan data objektif yang didapat pasien tampak rileks. Implementasi keenam mengkolaborasi pemberian terapi obat (memberikan obat sandimun 3 x 1, metilprednisolon 4 mg 3 x 1, extra dexa 1A ) didapatkan data subjektif pasien mengatakan pasien tampak yakin tindakan dan pengobatan yang diberikan pada pasien adalah yang terbaik untuknya, data objektif pasien tampak kooperatif.

#### **F. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi hari pertama dilaksanakan pada tanggal 4 Februari 2021. Diagnosa keperawatan 1 : ketidakefektifan jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan Hb. Jam 13.30, S : Pasien mengatakan badan

lemah, pusing, dan gemeteran. O : tampak keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, ada luka dikaki kanannya bekas kena knalpot motor 1 bulan yang lalu masih mengeluarkan darah. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastic, dan keriput. Tanda – tanda vital TD : 140/70 mmHg, N : 98 kali/menit, RR : 20 kali/menit dan S : 36 OC, Hb : 7,0 gr% ( nilai rentang normal 13 – 18 gr% ). A : Masalah Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi. P : lanjutkan intervensi nomor 1-9.

Diagnosa keperawatan 2 :Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 13.50,S : pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari- hari. O : pasien tampak lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat. A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.P : lanjutkan intervensi nomor 1- 4.

Diagnosa keperawatan 3 : Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ). Jam 13.00, S: pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya karena terkena knalpot motor 1 bulan yang lalu. O : tampak ada balutan luka di kaki kanannya, luka tampak rembes di balutan. A : Masalah resiko infeksi belum teratasi. P : lanjutkan intervensi nomor 1 – 5.

Evaluasi hari ketiga dilaksanakan pada tanggal 5 Februari 2021

Diagnosa keperawatan 1 : ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb. jam 13.30S : pasien mengatakan badan lemah, pusing, dan gemeteran. O : tampak keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat, dan kering, ada luka dikaki kanannya bekas kena knalpot motor 1 bulan yng lalu masih mengeluarkan darah. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastic, dan keriput. Tanda – tanda vital Td : 140/70 mmHg, N : 96 kali/menit, RR : 19 kali/menit dan S : 36 OC, HB : 7,0 gr % ( nilai normal 13 – 18 gr% ). A : masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi. P : lanjutkan intervensi nomor 1 – 9.

Diagnosa keperawatan 2 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 13.50, S : pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. O : pasien tampak lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat. A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P: lanjutkan intervensi nomor 1- 4.

Diagnosa keperawatan 3 : Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ). Jam 13.00, S : : pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya karena terkena knalpot motor 1 bulan yang lalu. O : tampak ada balutan luka di kaki kanannya, luka tampak rembes di balutan. A : Masalah resiko infeksi belum teratasi. P : lanjutkan intervensi nomor 1 – 5.

Evaluasi hari ketiga dilaksanakan pada tanggal 6 Februari 2021

Diagnosa keperawatan 1 : ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb. jam 13.30S : pasien mengatakan badan lemah, pusing, dan gemetar. O : tampak keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat, dan kering, ada luka dikaki kanannya bekas kena knalpot motor 1 bulan yang lalu masih mengeluarkan darah. Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastic, dan keriput. Tanda – tanda vital Td : 140/70 mmHg, N : 96 kali/menit, RR : 19 kali/menit dan S : 36 OC, HB : 7,0 gr % ( nilai normal 13 – 18 gr% ). A : masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi. P : lanjutkan intervensi nomor 4.

Diagnosa keperawatan 2 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 13.50, S : pasien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri tapi masih di awasi keluarga. O : pasien tampak baik, ADLs sudah bisa dilakukan mandiri. A : Masalah intoleransi aktivitas teratasi . P : hentikan intervensi.

Diagnosa keperawatan 3 : Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ). Jam 13.00, S : pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya berkurang

dikarenakan terkena knalpot motor 1 bulan yang lalu. O : : tampak ada balutan luka di kaki kanannya, rembesan darah dibalutan berkurang. A : Masalah resiko infeksi belum teratasi. P : lanjutkan intervensi nomor 1 – 5.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Anemia di Ruang Rawat Baitul Izzah 2 RSI Sultan Agung Semarang tanggal 04 Februari sampai tanggal 6 Februari 2021. Berapa hal yang perlu di bahas dan di perhatikan.

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 4 Februari sampai dengan 6 Februari 2021 di ruangan Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah suatu langkah awal yang dilakukan dalam proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan adanya pengumpulan data dari pasien yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Dalam pelaksanaannya diperlukan data yang jelas akurat dari pasien (Banjarnahor, 2019).

Pada saat pengkajian klien, data didapatkan dari klien, keluarga, klien, catatan medis serta tenaga kesehatan lainnya. Berdasarkan data tersebut, tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus yang saya kaji pada Tn.S penderita anemia pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian. Tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus terhadap pasien, terdapat kesamaan gejala utama pada anemia diantaranya yaitu : lemah, letih, lesu, lelah, sering mengeluh pusing, mata berkunang-kunang, kelopak mata, bibir, lidah dan telapak tangan pucat.

Pada tinjauan teoritis mengkaji adanya penyakit anemia, dan Klien mengatakan sebelumnya pernah diperiksa sebelumnya dengan penyakit serupa yang di alami klien saat ini di klinik dan klien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan yang klien derita saat ini, dan keluarga klien tidak memiliki penyakit keturunan seperti anemia.

Dalam pengkajian pemeriksaan fisik pada teoritis pada pemeriksaan nadi pada pasien anemia meningkat pada kasus penulis menemukan nadi pada klien yaitu 102x/m. Menurut teoritis pada pemeriksaan suhu tubuh pada pasien anemia meningkat sedangkan pada kasus penulis menemukan suhu tubuh menurun pada klien yaitu 36.0°C. Menurut teoritis pada pemeriksaan tekanan darah pada pasien anemia menurun sedangkan pada kasus penulis menemukan tekanan darah meningkat pada klien yaitu 165/86 mmHg. Bagian ekstermitas menurut teori pucat pada kulit, dasar kuku, dan membrane mukosa, kelemahan dalam melakukan aktifitas, tidak ada oedema.

## 2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu keputusan klinis tentang suatu penyakit pada individu, keluarga maupun masyarakat tentang suatu respon penyakit melalui proses pengumpulan data yang ada yang sesuai dengan permasalahan kesehatan pasien pada pengumpulan data dari pasien (Ainun, 2019).

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

- a. **Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb dan penurunan suplay oksigen**, ditandai dengan klien tampak lesu dan lemas, telapak tangan klien tampak pucat, muka tampak pucat, HGB klien :7.0 gr% TD: 165/86 mmHg, Tanda-tanda vital TD 165/86 mmHg, Nadi 102 x/m, pernafasan 20x/m. Ada luka pada kaki

kanan satu bulan yang lalu dan darah masih rembes dibalutan lukanya.

Perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (Tim Pokja SDKI, DPP, 2017).

Penurunan suplai darah mengawali terjadinya hipoksia jaringan, kondisi demikian menjadikan oksigen dalam jaringan berkurang sehingga mempengaruhi aktivitas vaskuler dan seluler jaringan. Sehingga menimbulkan masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer. Diagnosis ditegakkan dari data mayor yang mendukung diantaranya lesu dan lemas, telapak tangan klien tampak pucat, pusing, gemeteran (Tim Pokja SDKI, DPP, 2017).

Diagnosis Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dan penurunan suplay oksigen dapat ditegakkan karena keluhan utama yang sedang dialami klien dari data mayor diantaranya pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun. Dari data minor penyembuhan luka lambat. Diagnosis ini penulis dijadikan prioritas diagnosis karena kerusakan pada jaringan perifer menunjukkan data objektif lemas, pusing, gemeteran, pucat dan hasil laboratorium hemoglobinnnya 7.0 gr% dan harus diterapi transfusi darah 4 bag yang bertujuan meningkatkan kadar Hb, dan mengganti pendarahan yang hilang. (bara, 2019). Penulis memprioritaskan diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer sebagian sebagai diagnosa utama karena dalam pemenuhan sirkulasi tubuh pada bagian fisiologis menurut hirarki maslow dan sangat diperlukan dalam proses kehidupan untuk metabolisme tubuh hal ini perlu diperhatikan dalam memenuhi kebutuhan fisiologis sirkulasi tubuh diagnosa Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb dan penurunan suplay oksigen ditegakkan agar masalah tersebut terselesaikan (Hygeia, 2016).

- b. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan** ditandai dengan, Klien terlihat kurang bersih, pakaian klien tampak kotor, klien terlihat di bantu perawat maupun keluarga dalam pemenuhan kebutuhannya, klien tampak berbaring saja di tempat tidur.

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang dapat disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan (Tim Pokja SDKI, DPP, 2017).

Diagnosis intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dijadikan diagnosis kedua karena memenuhi syarat untuk ditegakkan karena data yang ditemukan pada pasien sudah memenuhi dari data mayor diantaranya pasien mengeluh lelah. Dari data minor pasien merasa lemah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas (Neli, 2018). Penulis menjadikan diagnosis intoleransi aktivitas sebagai diagnosis kedua karena dalam pemenuhan istirahat/mobilisasi pada bagian fisiologis sedang menurut hirarki Maslow hal ini perlu diperhatikan dalam memenuhi kebutuhan fisiologis istirahat/mobilisasi diagnosis intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditegakkan agar masalah tersebut terselesaikan (Hygeia, 2016).

- c. Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ).** Ditandai dengan ada balutan luka di kaki kanannya, luka tampak rembes di balutan.

Penyakit infeksi adalah penyakit yang disebabkan oleh mikroba patogen, dan bersifat sangat dinamis. Secara umum proses terjadinya penyakit melibatkan tiga faktor yang saling berinteraksi yaitu : faktor penyebab penyakit (agen), faktor manusia atau pejamu (host), dan faktor lingkungan (Amirudin Ali et al., 2012).

Diagnosis resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ) dijadikan diagnosis ketiga yang ditegakkan karena ada luka satu bulan yang lalu di kaki

kananya yang masih rembes pada balutan. Dari data penunjang hasil laboratorium hasilnya semua dibawah normal dan kemungkinan akan mengalami resiko infeksi. (andi, 2018). Penulis menjadikan diagnosa resiko infeksi sebagai diagnosa ketiga karena dalam pemenuhan bebas dari infeksi pada tingkatan keamanan dan keselamatan sedang menurut hirarki maslow hal ini perlu diperhatikan dalam memenuhi kebutuhan keamanan dan keselamatan, bebas dari infeksi dari diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin ) ditegakkan agar masalah tersebut terselesaikan (Hygeia, 2016).

Pemeriksaan Darah

- 1). Hemoglobin 7,0 gr/dL ( nilai normal 12 – 16 gr/dL )
- 2) Hematokrit 23.4 % ( nilai normal 33.0 – 45.0 % )
- 3) Leukosit 3.38 ribu/ML ( nilai normal 3.80 – 10.60 ribu/ML)

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan pada diagnosa utama perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasu Hb dan penurunan suplay oksigen dengan kriteria hasil yang diharapkan status sirkulasi tidak ada gangguan dan mempercepat penyembuhan luka. Alasan dilakukan intervensi tranfusi darah yaitu meningkatkan kadar Hb, mengganti perdarahan yang hilang karena perdarahan ( rembesan pada luka di kaki ).Intervensi yang dilakukan pada tanggal 04 – 06 Januari 2021 pada diagnosis ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dan penurunan suplay oksigen : monitor tanda-tanda vital ( misalnya data awal, selama dan setelah tranfusi, monitor tetesan infuse, hubungi bank darah untuk konfirmasi persediaan darah 4 bag, edukasi pasien rencana pemberian tranfusi darah, layani cairan infuse NaCl 0,9 % sebelum transfusi darah, layani tranfusi darah, monitor adanya reaksi transfusi darah, monitor dan atur jumlah aliran darah selama tranfusi, kolaborasi pemberian terapi

obat (Saputra, 2018). Intervensi yang dilakukan mungkin tidak sesuai dengan SIKI (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia) karena penulis melakukan intervensi sesuai kebutuhan pasien di rumah sakit.

Intervensi diagnosa kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam diagnosis intoleransi aktivitas antara lain : kemudahan dalam melakukan aktivitas atau ambulasi. konsevasi energi. Intervensi yang diberikan pada diagnosis intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan: monitor Tanda Vital, monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, edukasi aktivitas/ istirahat, pengaturan posisi senyaman mungkin. Dengan kriteria hasil yang diharapkan kemudahan dalam melakukan aktivitas atau ambulasi. Intervensi yang telah ditetapkan telah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

Intervensi diagnosa ketiga kriteria hasil yang telah ditetapkan dari diagnosis resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ) yaitu mencegah infeksi dengan kontrol risiko. Intervensi dari diagnosis ini antara lain : monitor tanda vital, perawatan luka, pemantauan nutrisi, manajemen lingkungan, pengatur posisi nyaman, kolaborasi pemberian terapi obat. Intervensi dari diagnosis resiko infeksi berjalan sesuai prosedur sesuai terapi yang diberikan oleh pasien. Rasionalisasinya dilakukan perawatan luka setiap pagi hari atau ketika rembesan sudah penuh. Diagnosis resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ) tidak terdapat kendala. Karena klien kooperatif dalam program terapi yang diberikan.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Penulis dalam melakukan implementasi diagnosa utama Intervensi keperawatan pada diagnosa utama perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb dan penurunan suplay oksigen pada tanggal 5 Februari 2021 penulis melaksakan terapi yaitu

tindakan transfuse darah untuk dilakukan intervensi tranfuse darah yaitu meningkatkan kadar Hb, mengganti perdarahan yang hilang karena perdarahan ( rembesan pada luka di kaki ). dari diagnosis ini berjalan sesuai intervensi prosedur sesuai terapi yang diberikan oleh pasien. Tindakan transfusi darah ini dilakukan kolaborasi dari dokter, perawat, dan bank darah. Faktor pendukung dari implementasi diagnosa ini yaitu dukungan dari keluarga dan tersedianya darah gol O+ di bank darah, untuk faktor penghambat dari diagnosa ini yaitu selalu berkofirmasi dengan bank darah untuk tersedianya golongan darah O+ yang sesuai dengan pasien, perawat selalu memonitor tetesan infus ( darah ), keadaan pasien adanya alergi atau tidak selama proses tranfusi darah berlangsung. Penulis dapat melakukan semua tindakan karena pasien kooperatif. Pasien tampak serius mendengarkan dan memperhatikan arahan dari penulis (Pokja, 2014).

Penulis dalam melakukan implementasi kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan pada 05 Februari 2021 dari diagnosis ini berjalan sesuai intervensi prosedur sesuai terapi yang diberikan oleh pasien. Penulis melaksanakan tindakan ini memperbaiki nutrisi pada pasien, selalu memonitor tanda vital pasien yang alasannya untuk kemudahan pasien dalam kemudahan beraktivitas. Faktor pendukung dari diagnosa ini pasien kadang jarang menghabiskan makanannya kurang minum dan melakukan aktivitas selalu dibantu keluarga atau perawat. Faktor pendukung diagnosa ini dukungan dan motivasi keluarga selalu memberi motivasi untuk menghabiskan makanan dan membantu aktivitas pasien. Penulis dapat melakukan semua tindakan karena pasien kooperatif. Pasien tampak serius mendengarkan dan memperhatikan arahan dari penulis (Pokja, 2014). Rasionalisasinya dilakukan memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, kendala yang didapat pasien makanan habis satu porsi kadang tidak, klien kooperatif dalam program terapi yang diberikan.

Penulis dalam melakukan implementasi ketiga resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ) pada 05 Februari 2021 dari diagnosis ini berjalan sesuai intervensi prosedur sesuai terapi yang diberikan oleh pasien. Tujuan dari perawatan luka yaitu meningkatkan proses penyembuhan jaringan selain itu juga untuk mencegah adanya infeksi. Luka yang sering terjadi di Rumah Sakit yaitu luka bersih tanpa kontaminasi seperti luka section caesarea atau post op lainnya. Tehnik steril harus diaplikasikan dalam perawatan luka untuk mencegah luka tersebut menjadi port de entrenya mikroorganisme yang menjadikan infeksi luka (KUSNIYAH, 2019) Penulis melakukan tindakan perawatan luka pada pasien agar terhindar dari infeksi pada lukanya, dan mempercepat proses penyembuhan luka pada pasien. Faktor pendukung dari dignosa ini yaitu pasien kooperatif pada saat dilakukan perawatan luka, untuk faktor penghambatnya lukanya sering rembes di linen pasien dan menyebabkan darah berceceran di linen pasien yang dapat menumbuhkan bakteri ke lukanya tersebut. Penulis dapat melakukan semua tindakan karena pasien kooperatif. Pasien tampak serius mendengarkan dan memperhatikan arahan dari penulis. Rasionalisasinya dilakukan mencegah infeksi dengan kontrol risiko, memepercepat penyembuhan luka klien kooperatif dalam program terapi yang diberikan.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan pada diagnosa utama Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb dan penurunan suplay oksigenyang dilakukan pada taanggal 04 Februari sampai dengn 06 Februari 2021. Hasil yang ditemukan selama evaluasi 3 hari didapatkan masalah teratasi sebagian. Kriteria hasil tercapai sebagian dengan alasan kondisi pasien semakin membaik dengan pasien sudah tida mengeluh pusing, masih sedikit pucat pada tubuh dan wajahnya, gemeteran pada tubuh sudah mulai menurun. Evaluasi yang dilakukan penulis setelah melakukan tindakan keperawatan pada masalah ketidakefektifan perfusi

jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dan penurunan suplay oksigen sesuai dengan kriteria hasil : status sirkulasi tidak ada gangguan dan mempercepat penyembuhan luka. Sehingga penulis menghentikan intervensi. Penulis menganjurkan kepada pasien agar tetap terpasang infus agar balance cairan dalam tubuh tetap terpenuhi melalui cairan NaCl 20tpm yang telah diprogramkan dan tetap melakukan pemantauan balance cairan terhadap pasien.

Evaluasi keperawatan pada diagnosa Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang dilakukan pada tanggal 04 Februari sampai dengan 06 Februari 2021. Hasil yang ditemukan selama evaluasi 3 hari didapatkan masalah inoleransi aktivitas teratasi. Kriteria hasil tercapai dengan dibuktikan pasien sudah bisa beraktivitas mandiri seperti ke kamar mandi tanpa bantuan, makan minum sendiri, adapun hasilnya masalah sudah teratasi dan penulis menghentikan intervensi. Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 6 Februari 2021 setelah melakukan tindakan keperawatan pada masalah intoleransi aktivitas sesuai dengan kriteria hasil :kemudahan dalam melakukan aktivitas atau ambulasi. Sehingga penulis menghentikan intervensi.

Evaluasi keperawatan ketiga pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ) yang dilakukan pada tanggal 04 Februari sampai dengan 06 Februari 2021. Hasil yang ditemukan selama evaluasi 3 hari didapatkan masalah tertasi sebagian. Kriteria hasil tercapai sebagian dengan dibuktikan luka pasien sudah terlihat bersih, rembesan lukanya tidak terllau banyak, masih sedikit darah yang tercecce di linen. Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 6 Februari 2021 setelah melakukan tindakan keperawatan pada masalah resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ) sesuai dengan kriteria hasil : mencegah infeksi dengan kontrol risiko. Sehingga penulis melanjutkan intervensi 1-6 : monitor Tanda Vital, Perawatan luka, pemantauan nutrisi, manajemen lingkungan, pengatur

posisi nyaman, kolaborasi pemberian terapi obat.



## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Pada karya tulis ilmiah dengan Asuhan keperawatan pada Tn. S di ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang 2021 dapat disimpulkan:

1. Pada pengkajian keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 03Februari pada Tn. S dengan Anemia memiliki tanda dan gejala yang berupa tampak keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat kering, Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, ada luka dikaki kanannya bekas kena knalpot motor 1 bulan yang lalu masih mengeluarkan darah.
2. Masalah keperawatan yang muncul pada Tn. S yaitu berupa diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb dan suplay oksigen kurang dibuktikan dengan tampak keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat kering, Pasien tampak kurus, turgor kulit kurang elastis, dan keriput, ada luka dikaki kanannya bekas kena knalpot motor 1 bulan yang lalu masih mengeluarkan darah.. Diagnosa kedua yaitu berupa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari, pasien tampak lemah dan semua ADL's sebagian dibantu keluarga dan perawat Diagnosa ketiga yaitu Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder ( penurunan hemoglobin ) dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada kaki kanannya karena terkenal knalpot motor 1 bulan yang lalu, tampak ada balutan luka di kaki kanannya, luka tampak rembes di balutan.

3. Intervensi keperawatan pada Tn. S yang ditetapkan oleh penulis dimana sesuai pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yaitu berupa transfusi darah sebagai intervensi fokus utama dan diikuti oleh perawatan luka.
4. Implementasi keperawatan pada Tn.S dilakukan selama 3 hari sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya.
5. Evaluasi keperawatan pada Tn. S pada diagnosa pertama didapatkan bahwa masalah teratasi sebagian, kriteria tercapai sebagian dan tetap melanjutkan intervensi. Pada diagnosa kedua didapatkan bahwa masalah telah teratasi, pada diagnosa ketiga didapatkan bahwa masalah teratasi sebagaian, kriteria tercapai sebagian dan tetap melanjutkan intervensi. kriteria hasil tercapai dengan mempertahankan intervensi 1-5.

## **B. Saran**

### **1. Intitusi Pendidikan**

Diharapkan karya Tulis Ilmiah yang telah disusun dengan sedemikian mungkin oleh penulis dapat dipergunakan sebagai referensi institusi pendidikan Ilmu Keperawatan UNISSULA dan menopang mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan dengan kasus pada pasien anemia.

### **2. Lahan Praktik**

Pelayanan asuhan keperawatan pada pasien sudah cukup baik dan diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada pasien sesuai dengan perkembangan standar asuhan keperawatan yang berlaku agar mendapatkan hasil pelayanan kesehatan yang berkualitas. Dan dapat digunakan sebagai acuan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan klien Anemia.

### **3. Masyarakat**

Diharapkan kepada masyarakat untuk lebih mengetahui informasi kesehatan maupun penyakit Anemia dengan memanfaatkan media massa atau elektronik, dan tenaga kesehatan agar memperoleh wawasan

mengenai kesehatan diri, pencegahan, dan penanggulangan pada penyakit khususnya pada Anemia.



## DAFTAR PUSTAKA

- Ainun, I. N. (2019). *DASAR – DASAR PENENTUAN DIAGNOSA DALAM ASUHAN KEPERAWATAN*.
- Amirudin Ali, M., Sugiyanto, Z., & Fakultas Kesehatan Univeritas Dian Nuswantoro, A. (2012). HUBUNGAN INVEKSI HELMINTIASIS DENGAN KADAR HEMOGLOBIN (HB) PADA SISWA SD GEDONGBINA REMAJA KOTA SEMARANG 2011. In *JURNAL VISIKES* (Vol. 11, Issue 2).
- Anemia | Tanda dan Gejala, Penyebab, Cara Mengobati, Cara Mencegah.* (n.d.). Retrieved April 10, 2021,
- ANEMIA DEFISIENSI BESI | Fitriany | AVERROUS: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikkussaleh.* (n.d.). Retrieved March 28, 2021,
- Banjarnahor, soyanti. (2019). *pentingnya dokumentasi dalam pengkajian keperawatan*.
- DeLoughery, T. G. (2014). Microcytic Anemia. *New England Journal of Medicine*, 371(14), 1324–1331.
- Hygeia, M. (2016). No Title. *Asuhan Keperawatan Dengan Mementukan Diagnosis Keperawatan Hiraki Maslow*, kertas karya diploma.
- KUSNIYAH, K. (2019). *PERAWATAN LUKA UNTUK MENGATASI MASALAH RESIKO INFEKSI PADA PASIEN POST OP CA MAMAE DI RUANG BAITUS SALAM 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG*.
- Lingga, B. Y. S. U. (2019). *PELAKSANAAN PERENCANAAN TERSTRUKTUR MELALUI IMPLEMENTASI KEPERAWATAN*.
- Neli Agustin, B., & Maani, H. (2019). Gambaran Hematologi Pasien Myelodysplastic Syndrome di RSUP Dr. M. Djamil Padang. In *Jurnal Kesehatan Andalas* (Vol. 8, Issue 3).
- PERAWATAN LUKA UNTUK MENGATASI MASALAH RESIKO INFEKSI PADA PASIEN POST OP CA MAMAE DI RUANG BAITUS SALAM 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG - Unissula Repository.* (n.d.). Retrieved May 29, 2021
- Safira, N. (2019). *PENTINGNYA EVALUASI KEPERAWATAN BAGI PASIEN*.
- Tim Pokja SDKI, DPP, P. (2017). No Title. *Edisi 1 Cetakan Lll*.
- Yamada, A., Arakaki, R., Saito, M., Kudo, Y., & Ishimaru, N. (2017). Dual role of Fas/FasL-mediated signal in peripheral immune tolerance. In *Frontiers in Immunology* (Vol. 8, Issue APR). Frontiers Research Foundation.
- Yustisia, N., Aprilatutini, T., & Desfianty, H. (2020). Studi Kualitatif Prosedur Pemasangan Transfusi Darah pada Pasien Anemia. *JURNAL KEPERAWATAN MUHAMMADIYAH BENGKULU*, 8(1), 61–68.

**Lampiran**

**SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Muh. Abdurrouf, M. Kep

NIDN : 06-0505-7902

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Puji Puspita Rini

NIM 40901800081

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anemia Pada Tn. S Di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung

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

Semarang, 5 Februari 2021

Pembimbing

  
(Ns. Muh. Abdurrouf, M. Kep)  
NIDN. 06-0505-7902

## SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Muh. Abdurrouf, M. Kep

NIDN : 06-0505-7902

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Puji Puspita Rini

NIM 40901800081

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anemia Pada Tn. S Di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Maret 2021 sampai dengan 31 Mei 2021 bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang. Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 5 Februari 2021

Pembimbing

  
(Ns. Muh. Abdurrouf, M. Kep)  
NIDN. 06-0505-7902

**MAHASISWA PRODI DIII  
KEPERAWATAN FIK UNISSULA  
2021**

**Nama Mahasiswa : Puji Puspita Rini**

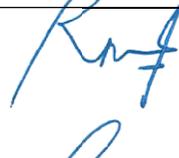
**NIM : 40901800081**

**Judul KTI : Keperawatan Keluarga Dengan Anemia Pada Tn. S Di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung**

**Pembimbing : Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep**

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
Senin, 25 Januari 2021	Persiapan menjelang pembuatan KTI	Menanyakan kesiapan dan memberikan arahan	
Rabu, 03 Februari 2021	Menentukan kasus dan pengkajian	Memberikan arahan mengenai pengkajian yang harus dilakukan dan menentukan pola kasus dengan tajam.	

Senin , 08 Februari 2021	Menentukan laporan kasus bermasalah yang tepat pada pasien  serta pembuatan askep	Penulisan laporan kasus sesuai dengan format yang ditentukan	
Senin , 15 februari 2021	Tahap pembuatan KTI	Lakukan pengerjaan sesuai format panduan dan mencari literatur	
Kamis, 25 Maret 2021	Bimbingan 1 KTI	Lakukan pengiriman file melalui group WhatsAap	
Rabu, 28 April 2021	Melanjutkan KTI sampai selesai	Pengiriman bab 1 sampai dengan selesai dan pengiriman scan askep melalui group WhatsAap	
Senin , 03 Mei 2021	Pengiriman ulang file KTI yang sudah jadi	Pada bab 2 diisi faktor fungsional dan perhatikan penulisan	
Sabtu, 17 april 2021	Konsul bab 2 dan 3	Bab 2 dan 3 acc lanjut mengerjakan bab 4	
Minggu, 16 Mei , 2021	Bimbingan melalui google meet membahas cara penulisan dan cara mengutip jurnal	Membahas cara penulisan dan cara mengutip jurnal	

rabu, 7 april 2021	Menanyakan pembahasan dalam bab 4	Bab 4 mencantumkan pengkajian yang menonjol sampai dengan evaluasi dengan materi penunjang berupa jurnal	
Senin, 17 Mei 2021	Konsul Bab 1 sampai akhir	Lakukan perbaikan, bagaimana cara penentuan prioritas Implementasi ditambah penjelasan faktor penghambat dan pendukung	
Selasa, 18 Mei 2021	Konsul keseluruhan	Dirapikan formatnya sesuai buku panduan,	
Kamis, 28 Mei 2021	Konsul keseluruhan	Memperbaiki penulisan format daftar pustaka	
Selasa , 1 Juni 2021	Konsul	ACC	

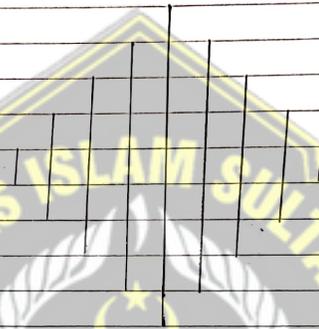
## BERITA ACARA

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN ANEMIA DI  
RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN  
AGUNG SEMARANG

Nama : Puji Puspita Rini  
NIM : 40901800081

No	Nama penguji	Direvisi pada bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda tangan
1.	Ns.Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep	1. Genogram literatur ditambah dan dijelaskan riwayat penyakit keluarga	1. 11	Ya	-	
		2. Implementasi di Bab 2	2. 15	Ya	-	
		3. literaturenya ditambah	3. 16	Ya	-	
		4. Evaluasi di Bab 2 literaturenya ditambah	4. 15	Ya	-	
4. Penulisan konsep dasar diperbaiki						
2.	Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep	1. Keluhan utamanya dipersingkat, kejadian pada waktu itu juga	1. 18	Ya	-	
		2. Pola Aktivitas & latihan difokuskan ke masalah	2. 20	Ya	-	
		3. Implementasi di BAB 3 kurang satu hari	3. 24	Ya	-	
3.	Ns.Muh. Abdurrouf, M.Kep	1. Bab 4 semua masalah dijelaskan di bab 4	1. 24 - 31	Ya	-	
		2. Penulisan daftar pustaka disesuaikan buku panduan	2. 48	Ya	-	

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S  
DENGAN KASUS "ANEMIA"  
DI RUANG BAITUL IZZAH I  
RSI SULTAN AGUNG  
SEMARANG



15. 2. 21.  
Amalia Nurrahma, S.Kep.Ns  
PERAWAT

Di susun oleh :  
" PUJI PRISPITA RINI "  
40901800081

PRODI D III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG

2020 /2021



## 2. Riwayat Kesehatan

### a. Kesehatan klien

#### 1.) Keluhan Utama saat pengkajian

Pasien mengatakan pusing, lemas, bergetar dan tidak berenergi, dan nyeri di kaki ada bintulan bekas luka knalpot. dan sebelumnya sudah dipentulasikan di klinik permata bunda.

#### 2.) Status kesehatan saat ini

Pasien mengatakan pusing, lemas, bergetar dan nyeri di kaki masih terasa, kakinya masih dibalut dan masih mengeluarkan darah.

#### 3.) Riwayat kesehatan lalu

Pasien mengatakan punya riwayat MDS (Sindrom mielodisplasia yaitu ketika sumsum tulang mengalami gangguan akibatnya penurunan jumlah sel darah putih, sel darah merah dan trombosit diblaim tubuh. Dan kakinya ada luka knalpot 2 minggu lalu.

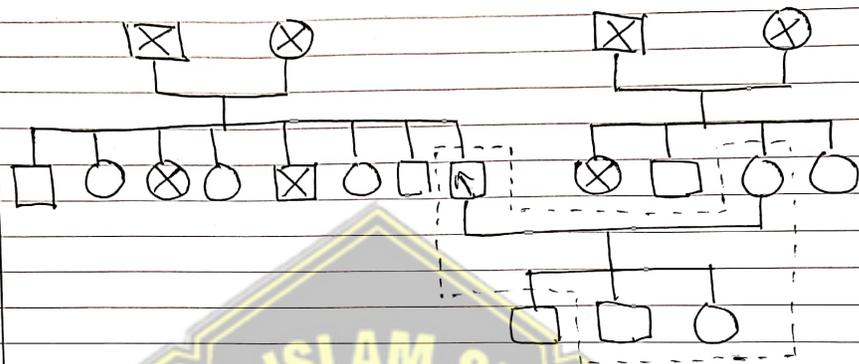
#### 4.) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak punya riwayat penyakit seperti pasien, juga tidak ada penyakit darah tinggi, DM maupun penyakit lainnya.

#### f. Riwayat kesehatan lingkungan.

Pasien mengatakan lingkungan rumah bersih, lingkungan nyaman, hidup di desa jauh dari pembuangan akhir maupun pabrik.

## GENOGRAM



Keterangan :

- : laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : laki-laki meninggal
- ⊙ : Perempuan meninggal
- ↗ : Uten atau pacar
- ┌ : Garis perkawinan
- └ : Garis keturunan
- : Hubungan keluarga

## 2. Kesehatan Fungsional

### or Aspek Fisiologi - Biologis

#### 1.) Nutrisi

##### a. Sebelum sakit

Pasien mengatakan biasanya makan 3 kali sehari: sarapan, makan siang dan sore (nasi, sayur dan lauk) minum kira-kira 6 gelas per hari.

##### b. Selama sakit

Pasien mengatakan makan-makanan dari Rumah sakit, berupa nasi, sayur, lauk, buah.

#### 2.) Pola Eliminasi

##### a. Sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB 2 kali sehari dengan konsistensi lembek dan warna kuning. Biasanya BAB kira-kira 6 kali sehari dengan warna urine jernih tidak ada nyeri saat BAK, tidak ada rasa belum lancar saat BAK dan tidak ada ayang-ayangan saat BAK.

##### b. Selama sakit

Pasien mengatakan BAB 1 kali di pagi hari dengan konsistensi lembek dan BAK sering di malam hari pada tanpa keluhan (warna jernih, lancar, dan tidak ada nyeri).

#### 3.) Pola Aktivitas

##### a. Sebelum sakit

Pasien mengatakan melakukan kegiatan sehari-hari di sawah sebagai petani. Tidak ada keluhan dan istirahat jika sudah merasa lelah.

#### 4.) Kebutuhan Istirahat - tidur

##### a. Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada keluhan untuk kebiasaan tidurnya. Hanya sering tidur sekitar jam 22.00 - 04.00 WIB dan tidur siang jam 12.30 - 13.00 WIB

##### a. Saat sakit

Pasien mengatakan merasa nyeri pada kakinya sehingga tidur tidak nyenyak dan faktor lingkungan yang mengganggu istirahat tidur terutama malam hari.

#### b. Aspek Psik - Sosial - Spiritual

##### 5.) Pemeliharaan dan pengetahuan tentang kesehatan

Pasien mengatakan merasa lemas, pusing, gemeteran dan saat ini ada program terapi mendapat transfusi dari darah y huf.

##### 6.) Koping atau toleransi stres

Pasien mengatakan sering lemas, pusing dan sebelumnya ada sakit di belakangnya karena terbenar lunatpot janar dan sudah dipertisakan di RS permata bunda, dan pasien mengatakan menerima dan penyalitnya akan sembuh.

Pasien hubungan dengan perawat, dokter dan lingkungan baik

##### 7.) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya.

Pasien mengatakan mau mengikuti prosedur yang sudah ditetapkan di Rumah sakit

##### 8.) Konsep diri

Pasien mengatakan menerima prosedur dari Rumah sakit dan selama di Rumah sakit sebagai pasien Tn. Bersikap baik dan kooperatif dengan program terapi yang dijalani.

9.) Seputat 4 menstruasi

Pasien mengatakan laki-laki yang sudah menikah dan punya anak

10.) Nilai

Pasien mengatakan beragama Islam dan menjalankan sholat 5 waktu, pasien juga mengatakan bahwa penyakitinya karena cobaan dari Allah SWT

11.) Aspek lingkungan fisik

Lingkungan di kamar perawatan pasien bersih, tidak ada recehan makanan, Sprei hodang ada bercak darah dari bokongnya yang luka.

#### 4. Pemeriksaan Fisik

##### a. Keadaan Umum

1.) Kesadaran : Compos Mentis, lemas

2.) Status gizi TB = 163 mmHg  
BB = 60

3.) TTV = -TD :  $\frac{165}{86}$  mmHg S : 36,2 °C  
-N : 102 x/m RR : 20 x/m

4.) Skala nyeri = 4

5.) GCS : 15

M : 4

V : 5

E : 4

6.) Tindakan : Donor darah 4 kolf (Gol. O+)

7.) Terapy

- Furosemide 1 Ampul / 4 kolf - Nacl 20 tpm

- Sandimun 3x1

- Metil pred 4 mg 3x1

- extra Dexta 4

a.) Pemeriksaan Penunjang

- Laboratorium

- Rapid test



### A. Anaksa Data

Pasien Tn-S, Ruang Baitus Izzah I, RISA Semarang

No	Data	Penyebab	masalah
1.	<p>DS : Pasien mengatakan lemas, pusing, gemetar (Riwayat MDS)</p> <p>DO : Pasien tampak pucat dan lemah (ada luka di kaki kanan)</p> <p>TD = 165/86 mmHg    S = 36<sup>3</sup> °C</p> <p>K = 102 x/mnt    Kk = 20 x/m</p> <p>Hb = 7.0    Leukosit : 3,38</p> <p>Ht = 23,4</p>	Kemarahan	Intoleransi aktivitas
2.	<p>DS : Pasien mengatakan kurang nyaman di RS karena sebangsat dgn banyak pasien.</p> <p>- Pasien mengatakan tidur pada malam hari tidak nyenyak.</p> <p>DO : Pasien tampak lemas, lesu dan mengantuk, mata sayu</p> <p>TD = 165/86 mmHg    S = 36<sup>3</sup> °C</p> <p>K = 102 x/m    Kk = 20 x/m</p> <p>Hb = 7.0    Leukosit : 3,38</p> <p>Ht = 23,4</p>	Gangguan pola tidur	hambatan lingkungan

### B. Prioritas Dragnosa

- Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan lemas, pusing, gemetar
- Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.





# B. EVALUASI

## Evaluasi Hari 1

No	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	TTD
1.	4 Feb 2021 19.00	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketamahan	<p>S = Pasien mengatakan pusing, lemas, gemetar</p> <p>O = pasien tampak lemah dan mata sayu</p> <p>TD : 165/86 mmHg      S = 36<sup>3</sup> °C</p> <p>H = 102 %m              RR = 20 %m</p> <p>Hb = 7.0                  leukosit = 3.38</p> <p>Ht = 23.4</p> <p>transfusi darah 4 kali</p> <p>A = masalah Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P = Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Monitor KU &amp; TV</li> <li>o Banku Adl pasien</li> <li>o Manajemen nyeri</li> <li>o Kolaborasi sesuai advice dokter</li> </ul>	Ju
2.	4 Feb 2021 20.10	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	<p>S = Pasien mengatakan masih nyeri di luh di kaki kanan dan kurang nyaman saat tidur di malam hari</p> <p>O = pasien tampak lemah</p> <p>TD = 165/86 mmHg      S = 36<sup>3</sup> °C</p> <p>H = 102 %m              RR = 20 %m</p> <p>Hb = 7.0                  leukosit = 3.38</p> <p>Ht = 23.4</p> <p>A = masalah pola tidur belum teratasi</p> <p>P = Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o prosedur meningkatkan kenyamanan</li> <li>o Evaluasi relaksasi otot</li> <li>o Evaluasi pentingnya tidur</li> </ul>	Ju

## Evaluasi hari 2

No	Tanggal/ hari	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	TTD
1.	5 Feb 2021 05.00	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	<p>S = Pasien mengatakan pusing, lemas, gemetar mulai berkurang</p> <p>O = pasien masih tampak lemas</p> <p>TD = 145/80 mmHg    RR = 20 x/m</p> <p>M = 89 x/m            S = 36,5 °C</p> <p>Hb : 7,0                leukosit : 3,38</p> <p>Ht : 23,4</p> <p>transfusi darah 4 kolf.</p> <p>A = Masalah Intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P = lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor Lu + RTV</li> <li>- Bantu Adl pasien</li> <li>- Manajemen nyeri</li> <li>- Kolaborasi sesuai device dokter</li> </ul>	J
2.	5 Feb 2021 05.30	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan fisik	<p>S = pasien mengatakan sudah mulai tidur dengan teratur dan sudah bisa menyempalkannya dengan rangsangan</p> <p>O = pasien tampak masih lemah</p> <p>TD = 145/80 mmHg    RR = 20 x/m</p> <p>M = 89 x/m            S = 36,5 °C</p> <p>Hb : 7,0                leukosit : 3,38</p> <p>Ht : 23,4</p> <p>transfusi darah 4 kolf</p> <p>A = Masalah pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P = lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosedur Meningkatkan Kenyamanan</li> <li>- Evaluasi Relaksasi Otak</li> <li>- Evaluasi Pentingnya tidur</li> </ul>	J

### Evaluasi hari 3

No	Tanggal / Jam	Diagnose / Perawatan	Catatan Perkembangan	TRD
1.	6 Feb 2021 09:00	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	<p>S = Pasien Mengatakan pusing, lemas, Gemetar tidak terlalu seperti kemarin-kemarin</p> <p>O = Pasien tampak baik dan kooperatif</p> <p>TD = 140/80 mmHg S = 36,5 °C                      H = 80 x/m RR = 20 x/m</p> <p>Sudah di berikan transfusi 4 kolf</p> <p>A = masalah Intoleransi aktivitas teratasi                      P = Hentikan Intervensi</p>	Jm
2.	6 Feb 2021 09:30	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	<p>S = Pasien mengatakan sudah mulai beradaptasi dengan lingkungan dan bisa tidur nyaman</p> <p>O = Pasien tampak rileks</p> <p>TD = 140/80 mmHg S = 36,5 °C                      H = 80 x/m RR = 20 x/m</p> <p>A = Masalah gangguan pola tidur teratasi                      P = Hentikan Intervensi</p>	Jm