

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.T DENGAN ANEMIA
GRAVIS DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:

Lailatuzahroh Adziroh

40902000102

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
U'NIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.T DENGAN ANEMIA
GRAVIS DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh:

Lailatuzahroh Adziroh
40902000102

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2023

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN ANEMIA GRAVIS
DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Lailatuzahroh Adziroh

NIM : 40902000102

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 03 Mei 2023

Semarang, 03 Mei 2023

Pembimbing,



Ns. Retno Issroviatiningrum, M. Kep
NIDN. 06-0403-8901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Ilmu Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Senin Tanggal 22 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 22 Mei 2023

Penguji I,

Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M. Kep
NIDN : 06-0204-7803



(.....)

Penguji II,

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



(.....)

Penguji III,

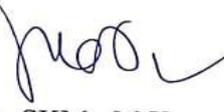
Ns. Retno Issroviatiningrum, M. Kep
NIDN : 06-0403-8901



(.....)

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.
NIDN. 0622087403

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 17 Mei 2023

Penulis



Lailatuzahroh Adziroh

HALAMAN MOTTO

"Jangan berlebihan dalam mencintai sehingga menjadi keterikatan. Jangan pula berlebihan dalam membenci sehingga membawa kebinasaan. Bersabarlah karena kesabaran adalah sebuah pilar keimanan." - Umar bin Khattab



KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Wr.Wb

Alhamdulillah, puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas berkat dan rahmat-Nya sehingga dapat terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN ANEMIA GRAVIS DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG”. Pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Prof.Dr.H.Gunarto,SH.,M.Hum. Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian SKM,M.Kep. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns.Muh.Abdurrouf,M.Kep. Selaku Kaprodi D-III Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Bapak Ns. Retno Issroviatiningrum, M. Kep Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah
6. Segenap Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu pengetahuan dengan sabar dan tulus selama proses studi.
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan kesempatan bagi penulis untuk praktik di Rumah Sakit tersebut, sehingga penulis dapat menerapkan ilmu yang sudah dipelajari serta didapatkan selama belajar di Fakultas Ilmu Keperawatan dan dapat melakukan proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah hingga selesai,
8. Kedua orang tua saya yaitu Bapak Edy Taufik dan Ibu Siti Mundziroh yang paling tercinta yang selalu mendo'akan, terus mensupport, selalu mengingatkan akan beribadah agar semuanya berjalan dengan lancar dan yang tidak pernah putus asa dalam mencari biaya kuliah agar saya bisa lulus

dalam perkuliahan ini, dukungan yang tak henti hentinya baik moril dan materi yang diberikan untuk menyelesaikan pendidikan ini.

9. Untuk orang-orang terdekat yang selalu memberikan semangat, dukungan serta bantuannya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman seperjuanganku DIII Keperawatan 2020 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu. Terimakasih semoga momen kita semua takkan pernah hilang ditelan waktu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat banyak kekurangan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi penulis dan pembaca dapat memberikan peningkatan pelayanan keperawatan dimasa mendatang, Aamiin



Semarang, 15 Mei 2023

Penulis

(Lailatuzahroh Adziroh)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iv
HALAMAN MOTTO	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL DAN GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan khusus.....	4
D. Manfaat Penulisan	4
1. Bagi Rumah Sakit Islam Sultan Agung.....	4
2. Bagi Institusi Universitas Sultan Agung Semarang	4
3. Bagi Penulis.....	4
BAB II KONSEP DASAR	5
A. KONSEP DASAR PENYAKIT.....	5
1. Pengertian	5
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi.....	6
4. Manifestasi Klinis.....	9
5. Pemeriksaan Penunjang.....	9
6. Penatalaksanaan.....	10
7. Komplikasi	11
B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN	12

1. Pengkajian.....	12
2. Diagnosa Keperawatan	18
3. Intervensi	18
C. PATHWAY	21
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	22
A. PENGKAJIAN.....	22
B. ANALISA DATA	28
C. DIAGNOSA KEPERAWATAN	29
D. INTERVENSI	29
E. IMPLEMENTASI.....	31
F. EVALUASI.....	33
BAB IV PEMBAHASAN.....	36
A. Pengkajian.....	36
B. Diagnosa Keperawatan.....	37
C. Intervensi keperawatan.....	39
D. Implementasi	41
E. Evaluasi	44
BAB V PENUTUP.....	46
A. KESIMPULAN	46
B. SARAN	47
DAFTAR PUSTAKA.....	49
LAMPIRAN.....	4

DAFTAR TABEL DAN GAMBAR

Tabel 3. 1 Darah Rutin	27
Tabel 3. 2 Darah Rutin	27
Tabel 3. 3 Darah Rutin	28



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran :

1. Surat Kesediaan Membimbing
2. Surat Keterangan Konsultasi
3. Lembar Konsultasi
4. Asuhan Keperawatan Asli



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Darah adalah jenis unik dari jaringan ikat yang terdiri dari sel-sel darah, trombosit, dan plasma darah. Sebaliknya, darah mencakup sekitar 8% dari berat badan pada individu dewasa yang sehat dengan volume darah sekitar lima liter. Sel darah merah, sel darah putih, dan trombosit adalah tiga jenis sel utama yang ditemukan dalam darah. Ketika sel darah matang dari sel induk ke sel matang (matang), ia melewati sejumlah tahap pematangan dan diferensiasi yang rumit. Sumsum tulang adalah tempat sel-sel darah sebagian besar dibuat pada orang dewasa. Sel darah merah adalah sel yang sangat terdiferensiasi dengan tugas membawa oksigen. Sementara trombosit membantu dalam pelepasan sel koagulasi, sel darah putih, yang memiliki inti, menjaga tubuh terhadap invasi bakteri dan melawan reaksi terhadap benda atau jaringan asing (Tramuz & Jereb et al., 2018)

Anemia adalah suatu kondisi di mana terdapat lebih sedikit sel darah merah atau konsentrasi hemoglobin (Hb) yang lebih rendah dari normal untuk usia dan jenis kelamin seseorang. Usia, jenis kelamin, dan populasi membentuk tiga elemen kunci yang mempengaruhi anemia. Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan laboratorium yang dapat menunjang sehubungan dengan gejala klinis yang seringkali atipikal, maka didiagnosis anemia. Ketika konsentrasi Hb kurang dari 7 g/dL selama tiga bulan berturut-turut atau lebih, anemia gravis dianggap ada. World Health Organization (WHO) (2017) Tidak adanya sel darah merah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan fisiologis tubuh dikenal sebagai anemia. Persyaratan fisiologis individu bervariasi tergantung (Fitri Apriyanti, 2019) pada usia, jenis kelamin, tempat tinggal, kebiasaan merokok, dan tahap kehamilan. Anemia biasanya disebabkan oleh kekurangan zat besi, asam folat, vitamin B12, dan vitamin A, serta kekurangan beberapa nutrisi lainnya. Anemia dapat disebabkan oleh peradangan akut dan berkelanjutan,

infeksi parasit, anomali kongenital yang memengaruhi sintesis hemoglobin, kurangnya produksi sel darah merah, dan kondisi lainnya (Fitri Apriyanti, 2019)

Menurut Tarwoto, dkk mengonsumsi lebih banyak makanan nabati dengan kandungan zat besi rendah dibandingkan makanan hewani menyebabkan kebutuhan tubuh akan zat besi tidak terpenuhi, yang merupakan penyebab anemia yang umum terjadi di kalangan masyarakat Indonesia, termasuk remaja putri. Wanita muda juga sering membatasi asupan makanannya agar terlihat langsing. 15 Karena siklus menstruasi bulanan mereka (menstruasi), di mana mereka kehilangan sekitar $\pm 1,3$ mg zat besi setiap hari, anak perempuan lebih mungkin mengalami anemia daripada laki-laki. Akibatnya, mereka memiliki kebutuhan zat besi yang lebih tinggi (Ayu et al., 2019)

Beberapa efek langsung pada wanita muda dengan anemia adalah keluhan sering pusing dan mata, kelopak mata, bibir, lidah, kulit dan telapak tangan menjadi pucat, lesu, lemah, lelah dan pincang dan efek jangka panjang sebagai wanita nantinya hamil dan memiliki anak, remaja yang sudah mengalami anemia, selama hamil dapat mengalami anemia yang lebih parah karena mereka membutuhkan lebih banyak nutrisi selama kehamilan, yang dapat berdampak negatif bagi ibu dan bayi jika tidak ditangani (Fitri Apriyanti, 2019).

Menurut perkiraan, anemia mempengaruhi 30% populasi dunia, terutama di negara-negara berkembang. Angka anemia remaja putri masih relatif tinggi. World Health Organization (WHO) (2013) memperkirakan bahwa anemia mempengaruhi antara 40 dan 88% orang di seluruh dunia. Di Indonesia, terdapat 26,2% remaja (10–19), dengan 50% laki-laki dan 49,1% perempuan (Fitri Apriyanti, 2019). Baik jenis kelamin maupun orang dari segala usia dan jenis kelamin dapat mengalami anemia. Menurut data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, anemia merajalela di Indonesia, di mana penyakit ini menyerang 26,4% anak-anak dan 18,4% orang dewasa (Fitri Apriyanti, 2019). Anemia dapat disebabkan oleh

beberapa variabel, antara lain keadaan sosial ekonomi, menstruasi, dan status gizi. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2013 menunjukkan Anemia mempengaruhi 26,4% anak-anak dan remaja berusia 5 hingga 14 tahun (DeLoughery, 2014). Salah satu dari 45 negara dengan angka anemia tertinggi adalah Indonesia. Negara berkembang ini hanya menduduki peringkat ke-30 pada tahun 2014, dengan 3,2 juta penduduk yang menderita anemia (Ayu et al., 2019).

Seorang pasien mengalami anemia, peran perawat adalah memperhatikan aspek preventif, promotif, kuratif maupun rehabilitatif yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang bahaya dan pencegahan anemia kepada anak dan juga orang tua, pemberian sayur dan buah hijau dan juga pemberian suplemen penambah darah agar dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian yang diakibatkan dari penyakit anemia. Menginformasikan atau mengedukasi pasien tentang penyebab, pencegahan, dan penanganan anemia. Selain mencermati penanganan pasien anemia, perawat juga harus memastikan bahwa lingkungan tempat pasien dirawat dibuat nyaman mungkin untuk menurunkan risiko jatuh pada pasien anemia. Dari uraian tersebut penulis ingin memilih salah satu topik kasus anemia gravis untuk dijadikan tema serta pembahasan dalam pembuatan proposal karya ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.T Dengan Anemia Gravis Diruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis mengambil rumusan masalah :

“ Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Anemia Gravis Di Ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang?”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien anemia gravis

2. Tujuan khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien anemia gravis
- b. Penulis mampu merumuskan masalah keperawatan pada klien anemia gravis
- c. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada klien anemia gravis
- d. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada anemia gravis
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien anemia gravis

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit Islam Sultan Agung

Dengan dibuatnya karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan informasi ataupun sebagai perbandingan tenaga medis dalam membimbing mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien anemia gravis.

2. Bagi Institusi Universitas Sultan Agung Semarang

- a. Karya tulis ilmiah dapat digunakan sebagai referensi khususnya pada masalah anemia gravis
- b. Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai buku bacaan perpustakaan sehingga dapat menambah wawasan bagi mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

3. Bagi Penulis

- f. Untuk menambah wawasan, pengalaman, ilmu baru dalam melaksanakan asuhan keperawatan sesuai masalah yang timbul
- g. Mengasah soft skill dalam melakukan asuhan keperawatan
- h. Belajar untuk mengenali masalah, merencanakan keperawatan, melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien

BAB II KONSEP DASAR

A. KONSEP DASAR PENYAKIT

1. Pengertian

Anemia gravis adalah bentuk anemia berat yang ditandai dengan konsentrasi hemoglobin ≤ 7 g/dL selama tiga bulan berturut-turut atau lebih. Ini disebabkan oleh penghancuran sel darah merah yang cepat dan parah. Anemia gravis lebih sering ditemukan pada anak-anak. Ini bisa akut atau kronis. Anemia kronis dapat disebabkan oleh anemia defisiensi besi (IDA), *sickle cell anemia* (SCA), talasemia, *spherocytosis*, anemia aplastik, dan leukemia. Anemia gravis kronis juga dapat ditemukan pada infeksi kronis seperti tuberkulosis (TBC) atau infeksi parasit yang sudah berlangsung lama seperti malaria, cacangan, dan lain-lain. Anemia gravis sering muncul dengan gejala serebral seperti kebingungan, penurunan kesadaran hingga koma, serta gejala disfungsi kardiovaskular dan pernapasan. (Tramuz & Jereb et al., 2018)

2. Etiologi

Menurut Badan POM (2011), Penyebab anemia yaitu:

- a. Kurang mengonsumsi makanan yang kaya nutrisi yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah, seperti zat besi, vitamin B12, asam folat, dan vitamin C.
- b. Darah menstruasi yang berlebihan. Jika ada banyak darah menstruasi dan seorang wanita tidak memiliki akses ke pasokan zat besi yang cukup, dia mungkin mengalami anemia karena kekurangan zat besi.
- c. Kehamilan. Karena janin perlu menyerap zat besi dan mineral untuk pertumbuhannya, ibu hamil lebih rentan terkena anemia.
- d. Penyakit tertentu. Anemia dapat disebabkan oleh penyakit seperti radang usus buntu dan gastritis yang menyebabkan perdarahan gastrointestinal yang berkelanjutan.
- e. Obat-obatan tertentu. Beberapa jenis obat dapat menyebabkan perdarahan lambung (aspirin, anti inflamasi, dll). Obat lainnya dapat

menyebabkan masalah dalam penyerapan zat besi dan vitamin (antasid, pil KB, antiarthritis, dll).

- f. (Gastrektomi) Pembedahan untuk mengangkat seluruh atau sebagian lambung. Karena penyerapan zat besi dan vitamin B12 yang tidak mencukupi, hal ini dapat menyebabkan anemia.
- g. Penyakit radang kronis yang mengganggu produksi sel darah merah, seperti lupus, rheumatoid arthritis, penyakit ginjal, masalah kelenjar tiroid, beberapa jenis kanker, dan penyakit lainnya, dapat menyebabkan anemia.
- h. Malaria, diare, atau infeksi cacing tambang, disentri dapat menyebabkan kehilangan banyak darah pada anak-anak dan mengakibatkan anemia.

3. Patofisiologi

a. Sickle Cell Anemia

Sickle cell anemia adalah kondisi hemolitik darah resesif autosomal dan kronik yang menyebabkan eritrosit berbentuk bulan sabit karena tekanan oksigen darah yang rendah (Wijayanti et al., 2020). Sickle cell anemia ditandai dengan adanya hemoglobin abnormal yaitu hemoglobin. Dalam tereduksi hemoglobin & mempunyai kelarutan dan bentuk molekul yang khas yang menyebabkan perubahan bentuk eritrosit seperti bulan sabit. Sel yang berubah bentuk ini juga dengan cepat dihancurkan oleh sel-sel fagosit sehingga dalam jangka panjang terjadilah anemia.

b. Thalassemia Mayor

Thalassemia adalah sebuah penyakit keturunan yang disebabkan oleh penurunan kecepatan sintesis rantai alfa atau beta pada hemoglobin. Pada penderita, kadar hemoglobin (Hb) dipertahankan di antara 6 g/dL sampai 9,5 g/dL dan tidak melebihi 15 g/dL. Kondisi ini dapat menyebabkan sumsum tulang kurang aktif, menurunkan tingkat

akumulasi besi, dan memungkinkan pertumbuhan serta perkembangan yang memadai bagi penderita (Ari Madi Yanti et al., 2018).

c. Penderita Kanker

Anemia pada penderita kanker (tumor ganas) dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Salah satunya adalah aktivitas sistem imun tubuh dan sistem inflamasi yang ditandai dengan peningkatan beberapa petanda sistem imun seperti interferon, *Tumor Necrosis Factor (TNF)*, dan interleukin yang semuanya disebut sebagai sitokin. Selain itu, anemia juga dapat disebabkan oleh kanker itu sendiri yang dapat mengganggu produksi sel darah merah atau memicu perdarahan yang dapat mengakibatkan kekurangan darah (Ari Madi Yanti et al., 2018)

d. Anemia Defisiensi Besi

Anemia defisiensi besi terjadi ketika jumlah zat besi yang diabsorpsi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh atau terjadi kehilangan zat besi yang berlebihan dari tubuh. Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor, seperti kurangnya asupan zat besi, berkurangnya ketersediaan zat besi dalam makanan, peningkatan kebutuhan tubuh akan zat besi, atau kehilangan darah yang terjadi secara kronis. (Wijayanti et al., 2020).

e. Infeksi Cacing

Infeksi oleh cacing tambang, terutama *Necator americanus* dan *Ancylostoma duodenale*, adalah penyebab tersering dari anemia. Cacing ini biasanya hidup di usus manusia dan dapat menyebabkan anemia karena mengisap darah dari usus manusia. Selain itu, cacing tambang juga dapat menyebabkan perdarahan pada luka bekas isapan mereka. Infeksi oleh cacing tambang menyebabkan kehilangan darah secara perlahan-lahan sehingga menyebabkan penderita mengalami anemia (Gandahasudana et al., 2017).

f. Sferositosis Herediter (SH)

Sferositosis herediter (SH) adalah salah satu jenis anemia hemolitik turunan yang disebabkan oleh kerusakan pada membran eritrosit.

Kerusakan tersebut terjadi akibat adanya defek molekular pada satu atau lebih protein sitoskeleton sel darah merah, seperti spektrin, ankirin, band 3 protein, dan protein lainnya. Defek pada beberapa protein skeletal membran yang berbeda dapat menyebabkan sferositosis herediter, baik secara primer maupun sekunder, yang pada akhirnya akan menimbulkan defisiensi spektrin, yaitu protein struktural (*meshwork*) yang terkait dengan membran internal sel darah merah. Sel darah merah yang mengalami defisiensi spektrin memiliki membran yang tidak stabil dan mudah terfragmentasi secara spontan. Berkurangnya luas permukaan yang ditimbulkan akibat kerusakan ini menyebabkan sel darah merah menjadi berbentuk sferoid; sferosit semacam ini memiliki fleksibilitas membran yang berkurang dan mudah terperangkap serta dihancurkan dalam korda limpa, yang pada akhirnya menyebabkan anemia hemolitik pada penderita. (Wijayanti et al., 2020).

g. Anemia Aplastik

Anemia aplastik adalah kondisi medis di mana terjadi kegagalan pada anatomi dan fisiologi sumsum tulang yang menyebabkan penurunan produksi sel-sel darah, termasuk eritrosit, leukosit, dan trombosit. Hal ini biasanya disebabkan oleh pergantian unsur pembentuk darah dalam sumsum tulang oleh jaringan lemak hiposeluler. Penderita anemia aplastik mengalami penurunan produksi eritrosit, yang menyebabkan penurunan jumlah sel darah merah dalam sirkulasi darah dan akhirnya menyebabkan gejala anemia, seperti kelelahan, sesak napas, dan pusing. Selain itu, penurunan produksi leukosit dan trombosit juga dapat menyebabkan infeksi dan mudahnya terjadinya pendarahan. Anemia aplastik dapat disebabkan oleh faktor keturunan, paparan bahan kimia atau radiasi, serta beberapa jenis infeksi dan penyakit autoimun (Rohmatika et al., 2017). Penurunan jumlah sel darah merah atau hemoglobin dalam darah dapat menyebabkan penurunan jumlah oksigen yang dikirim ke jaringan tubuh. Kondisi ini

menyebabkan gejala anemia, seperti kelelahan, lemas, pusing, sesak napas, detak jantung cepat, sakit kepala, dan kulit pucat (Widyantori et al., 2019).

4. Manifestasi Klinis

a. Tanda Anemia Gravis

Terdapat juga tanda-tanda khusus pada anemia tertentu seperti splenomegali pada anemia hemolitik, pembesaran hati pada talasemia mayor, dan ensefalopati pada anemia megaloblastik yang berat. Pada anemia sel sabit, selain ulkus tungkai, dapat ditemukan juga bengkak dan nyeri pada persendian serta risiko infeksi meningkat akibat fungsinya yang abnormal pada sistem kekebalan tubuh. Pada anemia defisiensi besi, dapat ditemukan juga gejala lain seperti lidah berwarna pucat atau merah muda dan rambut mudah patah dan rontok. Selain itu, gejala dan tanda-tanda penyakit penyerta yang mendasari anemia juga dapat ditemukan pada pemeriksaan fisik (Tramuz & Jereb et al., 2018).

b. Gejala Anemia Gravis

Gejala anemia dapat bervariasi tergantung pada tingkat keparahan dan penyebabnya. Gejala umum yang sering terjadi pada pasien dengan anemia meliputi kelemahan, letargi, nafas pendek saat aktivitas, palpitasi, dan sakit kepala. Pada pasien yang lebih tua, dapat ditemukan gejala gagal jantung, angina pektoris, kaludikasio intermiten, atau kebingungan (konfusi). Anemia yang sangat berat juga dapat menyebabkan gangguan penglihatan akibat pendarahan retina yang mempersulit kondisi pasien (Tramuz & Jereb et al., 2018).

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Guillermo dan Arguelles (Purbadewi et al., 2017) pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk memperkuat penegakkan diagnosa anemia antara lain:

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Hemoglobin
- 2) Penentuan Indeks Eritrosit Penentuan indeks eritrosit secara tidak langsung dengan flowcytometri atau menggunakan rumus: *Mean Corpuscular Volume (MCV)*, *Mean Corpuscle Haemoglobin (MCH)*, *Mean Corpuscular Haemoglobin Concentration (MCHC)*
- 3) *Pemeriksaan Hapusan Darah Perifer*
- 4) *Luas Distribusi Sel Darah Merah (Red Distribution Wide = RDW)*
- 5) *Eritrosit Protoporfirin (EP)*
- 6) *Besi Serum (Serum Iron = SI)*
- 7) *erum Transferin (Tf)*
- 8) *Transferrin Saturation (Jenuh Transferin)*
- 9) *Serum Feritin*

b. Pemeriksaan Sumsum Tulang

6. Penatalaksanaan

Pengobatan untuk anemia gravis tergantung pada penyakit yang menjadi penyebab anemia tersebut. Berikut beberapa pengobatan untuk anemia dengan indikasi yang berbeda-beda (Rohmatika et al., 2017).

- a. Farmakologi
- b. Transfusi
- c. Transplantasi Sumsum Tulang dan Stem Sel
- d. Terapi Nutrisi dan Pertimbangan Pola Makanan
 - 1) Protein
 - 2) Vitamin A
 - 3) Vitamin C
 - 4) Zat besi
 - 5) Asam folat
 - 6) Vitamin B12
 - 7) Pembatasan aktivitas

7. Komplikasi

a. Gangguan Perkembangan Fisik dan Mental

Anemia gravis yang disebabkan kekurangan zat besi pada anak dapat menimbulkan komplikasi pada perkembangan fisik dan mental. Ada bukti yang menunjukkan bahwa anemia defisiensi besi dapat menyebabkan gangguan fungsi perilaku dan intelektual pada anak-anak (Budiarti et al., 2020)

b. Penyakit Kardiovaskular

Data longitudinal menunjukkan bahwa anemia dapat meningkatkan risiko terjadinya dilatasi ventrikel kiri dengan kompensasi hipertrofi yang pada akhirnya dapat mengakibatkan disfungsi sistolik. Gejala kardiovaskular pada pasien dengan anemia kronis biasanya tidak terlihat jelas, kecuali pada pasien yang mengalami gagal jantung kongestif. Pada pasien anemia, sering terlihat tanda pucat atau kuning, denyut jantung saat istirahat yang cepat, prekordial aktif, dan mungkin terjadi murmur sistolik. Peningkatan pengembalian vena ke jantung dapat terjadi pada keadaan anemia, yang dapat menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri dan dilatasi ventrikel kiri. Hal ini kemudian dapat memperbesar stroke volume dengan mekanisme Starling (Pemberian et al., 2018).

c. Hipoksia Anemik

Tujuan utama dari sistem kardiorespirasi adalah untuk memberikan oksigen dan nutrisi kepada sel-sel dan mengeluarkan produk sisa metabolisme seperti karbon dioksida. Agar fungsi ini berjalan dengan baik, dibutuhkan sistem respirasi dan kardiovaskular yang sehat serta suplai oksigen yang cukup. Perubahan kadar oksigen, karbon dioksida, dan komponen fosfat organik seperti asam 2,3-bifosfogliserat dalam sel darah merah dapat mempengaruhi efisiensi pengiriman oksigen ke jaringan tubuh. Jika terjadi hipoksia akibat gagal pernafasan, biasanya Pa CO₂ meningkat dan menyebabkan pergeseran kurva disosiasi oksigen ke arah kanan. Hal ini

menyebabkan persentase saturasi hemoglobin dalam darah arteri menurun pada kadar tegangan oksigen alveolar yang sama (Milah, 2019).

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan. Pada tahap pengkajian didapatkan informasi seputar data klien dan menggunakannya untuk menentukan ke tahap proses keperawatan selanjutnya (Pratama et al., 2020)

I. DATA UMUM

1. Identitas

a. Identitas Klien

Meliputi Nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, diagnosa medis, tanggal dan jam masuk.

c. Identitas Penanggungjawab

Meliputi Nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.

2. Status Kesehatan Saat Ini

Keluhan utama, alasan masuk rumah sakit, factor pencetus, lamanya keluhan, timbulnya keluhan (bertahap, mendadak), upaya yang dilakukan untuk mengatasi, factor yang memperberat

3. Riwayat kesehatan lalu

- a. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang)
- b. Kecelakaan
- c. Pernah dirawat : (penyakit, operasi, waktu)
- d. Alergi (obat atau lainnya)
- e. Imunisasi

4. Riwayat Kesehatan keluarga

- a. Susunan kesehatan keluarga (genogram: 3 generasi)
 - b. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga (Dx. Medis yang berhubungan dengan penyakit klien)
 - c. Penyakit yang sedang diderita keluarga (Dx. Medis yang berhubungan dengan penyakit klien)
5. Riwayat kesehatan lingkungan
- a. Kebersihan rumah dan lingkungan
 - b. Kemungkinan terjadinya bahaya

II. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

1. Pola BAB (frekwensi, waktu, warna, konsistensi, penggunaan pencahar/enema, adanya keluhan diare/konstipasi)
 2. Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB (terpasang kolostomi/ileostomy)
 3. Pola BAK (frekwensi, waktu, warna, jumlah)
 4. Pola aktifitas dan Latihan
 - a. Kegiatan dalam pekerjaan
 - b. Olahraga yang dilakukan (jenis dan frekwensi)
 - c. Kesulitan /keluhan dalam aktifitas
 - 1) Pergerakan tubuh
 - 2) Perawatan diri (mandi, mengenakan pakaian, bersolek, makan, dll)
 - 3) Berhajat (BAK/BAB)
 - 4) Keluhan sesak nafas setelah melakukan aktifitas
 - 5) Mudah merasa kelelahan
5. Pola Istirahat dan Tidur
- a. Kebiasaan tidur (Waktu tidur, lama tidur dalam sehari)
 - b. Kesulitan tidur (mudah terbangun, sulit memulai tidur, insomnia, dll)
6. Pola Kognitif-Perseptual sensori

- a. Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensasi (penglihatan, pendengaran).
- b. Kemampuan kognitif (kemampuan mengingat, bicara dan memahami pesan yang diterima, pengambilan keputusan yang bersifat sementara)
- c. Kesulitan yang dialami (sering pusing, menurunnya sensitifitas terhadap nyeri dan panas/dingin)
- d. Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan P,Q,R,S,T

P = paliatif/profokatif yaitu yang meningkatkan atau mengurangi nyeri

Q = Kualitas/Quantitas yaitu frekwensi dan lamanya keluhan dirasakan , deskripsi sifat nyeri

R = Regio/tempat yakni lokasi sumber dan penyebarannya

S = Skala yaitu derajat nyeri dengan menggunakan rentang nilai

T = Time yaitu kapan keluhan dirasakan dan lamanya keluhan berlangsung

7. Pola persepsi diri dan konsep diri

- a. Persepsi diri (hal yang dipikirkan saat ini, harapan setelah menjalani perawatan, perubahan yang dirasa setelah sakit)
- b. Status emosi: bagaimana perasaan klien saat ini, apakah perilaku non verbal sesuai dengan perilaku verbalnya.
- c. Konsep diri:
 - 1) Citra diri/body image : bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya, adakah pengaruh penyakit yang dialami terhadap persepsi klien tersebut.
 - 2) Identitas : bagaimana status dan posisi klien sebelum dirawat, bagaimana kepuasan klien terhadap status dan posisinya, bagaimana kepuasan klien sebagai laki-laki dan perempuan.
 - 3) Peran : tugas/peran apa yang diemban pasien dalam keluarga / kelompok / masyarakat /, bagaimana kemampuan klien dalam

melaksanakan peran tersebut, apakah selama dirawat pasien mengalami perubahan dalam peran.

- 4) Ideal diri : bagaimana harapan klien terhadap tubuh/posisi/perannya, bagaimana harapan klien terhadap lingkungan, bagaimana harapan klien terhadap dirinya.
 - 5) Harga diri : bagaimana penilaian/penghargaan orang lain terhadap dirinya, apakah klien merasa rendah diri dengan keadaanya.
8. Pola Mekanisme Koping Menjelaskan tentang pola koping, toleransi terhadap stress dan support sistem
- a. Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)
 - b. Yang dilakukan jika menghadapi masalah (misal: memecahkan masalah , mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obatobatan, marah, diam dll)
 - c. Bagaimana upaya klien dalam menghadapi masalahnya sekarang
 - d. Menurut klien apa yang dapat dilakukan perawat agar pasien merasa nyaman
9. Pola Seksual-Reproduksi
- a. Bagaimana pemahaman klien tentang fungsi seksual.
 - b. Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan oleh berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi)
 - c. Adakah permasalahan selama melakukan aktifitas seksual (ejakulasi dini, impotent, nyeri selama berhubungan, perdarahan dll) terutama terkait dengan penyakit yang diderita.
10. Pola Peran-Berhubungan dengan orang lain Mengkaji bagaimana hubungan pasien dengan orang lain (keluarga, tenaga kesehatan, pasien lain), apakah keadaan penyakitnya mempengaruhi hubungan tersebut.
- a. Kemampuan pasien dalam berkomunikasi (relevan, jelas, mampu mengekspresikan, mampu mengerti orang lain)
 - b. Siapa orang yang terdekat dan lebih berpengaruh pada klien

- c. Kepada siapa klien meminta bantuan bila mempunyai masalah.
- d. Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, hubungan dengan saudara, hubungan perkawinan)

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

- a. Bagaimana klien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan.
- b. Masalah yang berkaitan dengan aktifitasnya tersebut selama dirawat.
- c. Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut pasien yang bertentangan dengan kesehatan.
- d. Adakah pertentangan nilai/keyakinan/kebudayaan terhadap pengobatan yang dijalani.

III. PEMERIKSAAN FISIK

1. Kesadaran Composmentis, somnolen, apatis, stupor, soporo koma, koma
2. Penampilan Lemah, pucat, dll
3. Vital sign
 - a. Suhu Tubuh
 - b. Tekanan Darah
 - c. Respirasi (jumlah, irama, kekuatan)
 - d. Nadi (jumlah, irama, kekuatan)
4. Kepala

Bentuk, rambut: warna, kebersihan, rontok, ketombe, dll
5. Mata

Kemampuan penglihatan, ukuran pupil, reaksi terhadap cahaya, konjungtiva anemis/tidak, sklera ikterik/tidak, alat bantu, adanya secret.
6. Hidung

Bagaimana kebersihannya, adakah secret, epistaksis, adakah polip, adakah nafas cuping hidung, pemakaian oksigen.
7. Telinga

Bentuk, hilang pendengaran, alat bantu dengar, serumen, infeksi, tinnitus

8. Mulut dan Tenggorokan

Kesulitan/ gangguan bicara, pemeriksaan gigi, warna, bau, nyeri, Kesulitan mengunyah/ menelan, posisi trakea, benjolan di leher, pembesaran tonsil, bagaimana keadaan vena jugularis.

9. Dada

a. Jantung : Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi

b. Paru- paru : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi

10. Abdomen : inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi

11. Genetalia : kebersihan daerah genital, adanya luka, tanda infeksi, bila terpasang kateter kaji kebersihan kateter dan adanya tanda infeksi pada area pemasangan kateter, adanya hemoroid

12. Ekstremitas atas dan bawah

a. Inspeksi kuku, kulit (warna, kebersihan, turgor, adanya edema, keutuhan dll)

b. Capillary refill time

c. Kemampuan berfungsi (mobilitas dan keamanan) untuk semua ekstremitas yaitu kekuatan otot, koordinasi gerak dan keseimbangan, penggunaan alat bantu.

d. Bila terpasang infus : kaji daerah tusukan infus, kaji tanda-tanda infeksi pada daerah tusukan infus, adanya nyeri tekan yang berlebihan pada daerah tusukan infus.

13. Kulit Kaji kebersihan, warna, kelembaban, turgor, adanya edema.

Bila terdapat luka maka kaji keadaan luka (kebersihan luka, adanya jahitan, ukuran luka, adanya tanda infeksi pada luka, keadaan balutan luka).

IV. Data penunjang

- a. Hasil Pemeriksaan Penunjang Tuliskan data fokus terkait penyakit pada :
 - 1) Pemeriksaan laboratorium
 - 2) Pemeriksaan Radiologi
 - 3) Pemeriksaan kardiovaskuler
- b. Diit yang diperoleh
- c. Therapy dan penjelasannya (indikasi, kontra indikasi, efek samping)

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI DPP (PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan adalah pernyataan atau penilaian seorang perawat terhadap masalah yang muncul dikarenakan respon klien. Berikut beberapa diagnosa yang mungkin muncul dalam kasus.

1. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
3. Nausea b.d rasa makanan / minuman yang tidak enak

3. Intervensi

Standart Intervensi Keperawatan Indonesia menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

1. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
 - a. Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan selama 3x8 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat
 - b. Kriteria hasil :
 - 1) Saturasi oksigen saat beraktivitas normal
 - 2) Frekuensi nadi saat beraktivitas normal
 - 3) Warna kulit tidak pucat
 - 4) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
 - 5) Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat

- 6) Keluhan Lelah menurun
- 7) Perasaan lemah menurun

c. Intervensi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
 - 2) Monitor pola dan jam tidur
 - 3) Monitor kelelahan fisik dan emosional
 - 4) Anjurkan tirah baring
 - 5) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
 - 6) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus
 - 7) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif
 - 8) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan
 - 9) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
 - 10) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
- a. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam nyeri akut dapat teratasi
 - b. Kriteria hasil :
 - 1) Melaporkan nyeri terkontrol
 - 2) Kemampuan mengenali penyebab nyeri
 - 3) Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis
 - 4) Kemampuan mengenali onset nyeri
 - 5) Dukungan orang terdekat

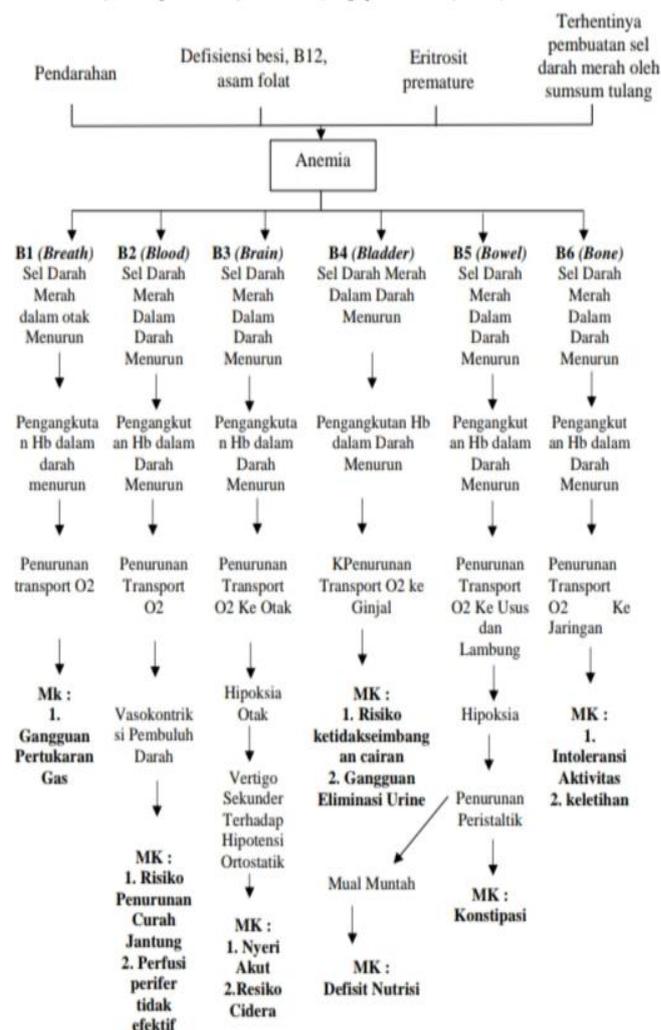
c. Intervensi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

- 4) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
 - 6) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (distraksi, kompres hangat/dingin, relaksasi)
 - 7) Fasilitasi istirahat dan tidur
 - 8) Jelaskan penyebab, periode, dan pemacu nyeri
 - 9) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - 10) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri
 - 11) Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
 - 12) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3. Nausea b.d rasa makanan / minuman yang tidak enak
- a. Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam kenyamanan meningkat.
 - b. Kriteria hasil:
 - 1) Nafsu makan meningkat
 - 2) Wajah pucat membaik
 - 3) Keluhan mual menurun
 - 4) Takikardia membaik
 - c. Intervensi
 - 1) Identifikasi pengalaman mual
 - 2) Identifikasi isyarat non verbal ketidaknyamanan
 - 3) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup
 - 4) Identifikasi factor penyebab mual
 - 5) Identifikasi antiemetic untuk mencegah mual
 - 6) Monitor mual
 - 7) Kendalikan factor lingkungan penyebab mual
 - 8) Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual
 - 9) Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik

- 10) Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu
- 11) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
- 12) Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual
- 13) Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak
- 14) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual
- 15) Kolaborasi pemberian obat antiemetic, jika perlu

C. PATHWAY



Sumber : WOC (*Web Of Caution*) Anemia (Wijaya & Putri, 2013)

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

I. Data Umum

1. Identitas Pasien

Klien Bernama Ny.T berumur 57 tahun dengan jenis kelamin perempuan. Klien beragama islam dan menetap di Kendal, klien merupakan seorang ibu rumah tangga. Pendidikan terakhir klien adalah SD. Klien dirawat di rumah sakit karena badannya yang lemas, tangan sering kesemutan dan nyeri pada bagian kepala dan pinggangnya yang mengharuskan klien untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Klien di antar oleh suami ke rumah sakit pada tanggal 27 Februari 2023.

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan badannya lemas.

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan badannya sangat lemas, tangan kesemutan dan nyeri pada bagian kepala dan pinggangnya. Klien juga mengatakan seluruh badannya gemetar dan untuk berjalan juga tidak sanggup karena kakinya ikut gemetar. Sebelum dirawat di RS, pasien mengatakan control rutin di poli RSI Sultan Agung. Dan data control kondisi pasien sangat lemah jadi disarankan untuk dirawat di bangsal RS. Klien juga pernah di rawat pada bulan oktober 2022 di RSI Sultan Agung.

4. Riwayat Penyakit Terdahulu

Klien mengatakan pernah dirawat sebelumnya dengan penyakit yang sama yaitu anemia gravis. Selama dirawat, klien menjalani perawatan dengan transfuse darah. Klien di rawat di RSI Sultan Agung pada bulan Oktober 2022. Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan dan tidak mempunyai alergi. Klien

mengatakan dahulu pernah mendapatkan imunisasi lengkap sesuai dengan waktunya.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan anggota keluarga pasien menderita suatu penyakit yang sama dengan pasien

6. Riwayat kesehatan lingkungan

Klien mengatakan letak rumah berada di desa, dan lingkungan tempat tinggal pasien tampak bersih dan rapi, ventilasi rumah sudah cukup untuk cahaya masuk, dan tidak terdapat kemungkinan munculnya resiko atau bahaya.

II. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL (DATA FOKUS)

1. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan sebelum sakit beraktivitas seperti biasanya yaitu menjadi ibu rumah tangga, saat sakit, klien mengerti akan sakit yang diderita, klien tampak melakukan semua arahan dokter dan perawat dengan baik serta menerima masukkan yang diberikan.

2. Pola nutrisi dan metabolic

Klien mengatakan sebelum sakit, makan 3x sehari dengan nasi, sayur dan lauk, porsi makan habis, minum ketika merasa haus. Ketika sakit, klien mengatakan nafsu makannya menurun, makan 3x sehari, porsi makannya habis $\frac{1}{2}$ porsi, diit yang diperoleh adalah bubur, merasakan mual tetapi tidak muntah dan minum ketika merasa haus.

3. Pola eliminasi

Klien mengatakan sebelum Sakit, pola BAB sehari sekali pada pagi hari, warna coklat agak lembek, bau khas feses, tidak ada darah dan lender, tidak menggunakan alat bantu. Pola BAK 4-6 kali dalam sehari, warna urine kuning bening, berbau khas urine, tidak ada darah dan tidak merasa nyeri, tidak ada keluhan diare dan tidak

terpasang kateter. Saat sakit, klien mengatakan tidak mengalami perubahan pola BAK dan BAB.

4. Pola aktifitas dan Latihan

Sebelum sakit, klien mengatakan tidak ada hambatan dalam beraktivitas sebagai ibu rumah tangga. Saat sakit, klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam beraktivitas seperti biasa, dan pergerakan tubuhnya mulai terbatas. Semua ADL sebagian dibantu keluarga dan perawat.

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit, klien mengatakan sehari tidur 2 kali yaitu siang hari dan malam hari, pada siang hari klien tidur pukul 13.00 – 16.00 WIB dan untuk malam hari klien tidur pada pukul 20.00 WIB dan bangun pada pukul 05.00 WIB. Saat sakit klien mengatakan tidak mengalami kesusahan saat tidur, sehari tidur 2 kali yaitu siang hari dan malam hari, untuk siang hari pada pukul 13.00 – 16.00 WIB, dan untuk malam hari pada pukul 20.00 – 05.00 WIB.

6. Pola Kognitif-Perseptual sensori

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan panca indranya yaitu penglihatan dan pendengaran, tidak memiliki masalah dengan kemampuan kognitifnya. Klien masih mampu mengingat dan mengambil keputusan, sering mengalami pusing dan pasien merasa sensitif dengan nyeri. Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan P, Q, R, S, T

P: Nyeri karena penyakit anemia gravis

Q: Pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut

R: Pasien mengatakan nyeri dirasa di kepala dan pinggangnya

S: Skala nyeri 6

T: Pasien mengatakan nyeri dirasa hilang timbul

7. Pola persepsi diri dan konsep diri

Klien mengatakan bahwa ia seorang perempuan dan bersyukur. Klien mengatakan ingin segera sembuh, agar dapat

melakukan aktivitas secara normal kembali tanpa adanya hambatan atau keterbatasan karena penyakitnya saat ini, klien menerima dan menjalani prosedur pengobatan dengan baik. Status emosi klien normal. Perilaku non verbal sesuai dengan perilaku verbalnya.

8. Pola Mekanisme Koping

Klien mengatakan selalu ikut andil dalam pengambilan keputusan dalam keluarga, ketika menghadapi suatu masalah maka pasien akan mencari pertolongan dan bercerita dengan anggota keluarganya

9. Pola Seksual-Reproduksi

Klien mengatakan mengerti dan memahami terkait dengan fungsi seksual. pasien mengatakan sudah menikah dan tidak ada permasalahan selama melakukan aktifitas seksual

10. Pola Peran-Berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan mampu berkomunikasi dengan baik, dan mampu mengekspresikan dirinya dengan baik, anggota keluarganya merupakan orang terdekat dan yang berpengaruh terhadap pasien

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam, mampu melaksanakan shalat 5 waktu, agama yang dianut tidak bertentangan dengan kesehatan dan tidak ada pertentangan dengan keyakinan terhadap pengobatan yang sedang dijalani.

III. PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, GCS: 15 (E :4, M:6, V:5), pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil Nadi: 98 x/menit, RR: 19 x/menit, S : 36 °C, TD : 152/80 mmHg, antropometri TB : 156 cm, BB : 45 kg, IMT: 18,49. Kepala simetris, kulit kepala sedikit berminyak, warna rambut beruban, bentuk kepala bulat, mukosa bibir kering, tidak terdapat benjolan abnormal. Muka tidak berjerawat, tidak ada flek-flek, tidak oedem, tidak ada hyperpigmentasi. Mata

kanan kiri tampak simetris, conjungtiva merah muda, sclera putih, penglihatan tidak berkunang-kunang, kemampuan penglihatan baik, terdapat reaksi terhadap cahaya. Hidung dalam keadaan bersih, tidak ada secret, tidak ada polip, bernapas tidak menggunakan cuping hidung dan tidak menggunakan alat bantu napas. Telinga kanan kiri simetris, tidak ada kelainan bentuk pada telinga, pendengaran normal, tidak menggunakan alat bantu dengar. Mulut tampak simetris, warna bibir hitam kecoklatan, bibir kering, tidak sariawan, tidak mengalami gangguan bicara, gigi tampak kuning terawat, tidak terasa nyeri, tidak mengalami kesulitan mengunyah/ menelan.

Pemeriksaan paru-paru, inspeksi simetris, tidak terdapat retraksi dada. Auskultasi suara napas vesikuler. Palpasi tidak ada nyeri tekan. Perkusi sonor.

Pemeriksaan jantung, inspeksi: tidak ada lesi, auskultasi: terdengar bunyi lup dup, palpasi: tidak ada nyeri tekan, perkusi: pekak.

Pemeriksaan abdomen, inspeksi simetris, perut tampak buncit. Auskultasi terdapat peristaltik usus 20 x/menit. Palpasi tidak terdapat nyeri tekan. Perkusi terdapat bunyi tympani.

Pemeriksaan genetalia, genetalia tampak bersih, mukosa lembab, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak terpasang kateter. Pemeriksaan rektum dan anus tidak ada hemoroid, tidak ada nyeri.

Pemeriksaan ekstremitas atas-bawah kuku tampak bersih terawat, tidak terdapat turgor kulit, tidak terdapat edema, warna kulit sawo matang, kulit tampak kering, capillary refill < 3 detik, kekuatan otot menurun ekstremitas atas dan bawah, koordinasi gerak terbatas, keseimbangan baik, tidak menggunakan alat bantu. Terpasang infus RL di tangan kanan 20 tpm.

Kulit tampak bersih terawat, warna sawo matang, kering, tidak terdapat turgor, tidak terdapat edema, tidak terdapat luka di kulit.

IV. PEMERIKSAAN DATA PENUNJANG

Hasil laboratorium darah lengkap tanggal 27-02-2023 10:18

Tabel 3. 1 Darah Rutin

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	keterangan
HEMATOLOGI				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	LL 5.5	11.7 – 15.5	g/dL	Duplo
Hematokrit	17.8	33.0 – 45.0	%	
Leukosit	5.23	3.60 – 11.00	Ribu/ μ L	
Trombosit	173	150 – 440	Ribu/ μ L	
KIMIA KLINIK				
Ureum	HH 232	10 – 50	mg/dL	Duplo
Asam Urat	H 7.8	2.6 – 5.7	mg/dL	
Creatinin	HH 14.23	0.60 – 1.10	mg/dL	Duplo

Hasil laboratorium darah lengkap tanggal 27-02-2023 23:10

Tabel 3. 2 Darah Rutin

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	keterangan
HEMATOLOGI				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	L 10.5	11.7 – 15.5	g/dL	Duplo
Hematokrit	35.0	33.0 – 45.0	%	
Leukosit	5.89	3.60 – 11.00	Ribu/ μ L	
Trombosit	204	150 – 440	Ribu/ μ L	
Golongan Darah/RH	B/Positif			
KIMIA KLINIK				
HBA1C	H 6.30	Normal: < 5.7 Prediabetes: 5.7 – 6.4		
	99	Diabetes: \geq 6.5	mg/dL	

Glukosa darah	H 108	< 200	mg/dL	Duplo
Sewaktu	H 1.77	10 – 50	mg/dL	Duplo
Ureum		0.60 – 1.10		
Creatinin				
Elektrolit (Na, K, Cl)				
Natrium (Na)	142.0	135 – 147	mmol/L	
Kalium (K)	4.40	3.5 – 5.0	mmol/L	
Klorida (Cl)	L 3.0	95 – 105	mmol/L	

Hasil laboratoriu darah lengkap tanggal 27-02-2023 17:05

Tabel 3. 3 Darah Rutin

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	keterangan
HEMATOLOGI				
TIBC	295	250 - 389	ug/dl	
Besi	90	62 - 173	ug/dl	
Golongan Darah/RH	B/Positif			
KIMIA KLINIK				
PO4 Anorganik	H 8.3	2.5 – 5.0	mg/dL	Duplo
Calsium	L 6.5	8.8 – 10.8	mg/dL	
IMUNOLOGI				
HBsAg (Kualitatif)	Non Reaktif	Non Reaktif		
Anti HCV Kualitatif	Negatif	Negatif		

B. ANALISA DATA

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada tanggal 28 Februari 2023, kemudian dari hasil analisis, penulis menegaskan diagnosa keperawatannya yaitu:

- a. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan.** Masalah tersebut ditegakkan karena berdasarkan data subjektif klien merasa lemas dan merasakan lemah setelah beraktivitas, seluruh badannya gemetar. Dan data objektifnya adalah klien mampu makan dan minum secara mandiri, klien mandi dan berpakaian sebagian dibantu, dan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dibantu oleh keluarga dan perawat. Untuk TTV nya yaitu tekanan darah 152/80 mmHg, nadi 98 x/menit, suhu 36°C, RR 18 x/menit
- b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis.** Diagnosa tersebut ditegakkan karena berdasarkan data subjektif klien mengeluh nyeri
- P: Nyeri karena penyakit anemia gravis
- Q: Pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut
- R: Pasien mengatakan nyeri dirasa di kepala dan pinggangnya
- S: Skala nyeri 6
- T: Pasien mengatakan nyeri dirasa hilang timbul
- Dan data objektifnya adalah klien tampak gelisah dan meringis kesakitan
- c. Nausea b.d rasa makanan / minuman yang tidak enak.** Masalah tersebut ditegakkan karena berdasarkan data subjektif, klien mengatakan nafsu makannya menurun karena makanan dirumah sakit terasa hambar dan tidak enak . Klien mengatakan selalu mual pada saat memakan makanannya yaitu bubur. Dan data objektifnya adalah klien tampak pucat, klien tampak lemas, dan tampak tidak nyaman.

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
2. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
3. Nausea b.d rasa makanan atau minuman yang tidak enak.

D. INTERVENSI

Masalah keperawatan yang muncul pada tanggal 28 Februari 2023 tersebut, selanjutnya disusun suatu rencana keperawatan sebagai tindakan lanjut masalah keperawatan yang ditegakkan pada Ny.T.

Intoleransi aktivitas b.d kelemahan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil, sebagai berikut: keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat.

Intervensi pertama yang dilakukan yaitu mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Intervensi yang kedua yaitu monitor pola dan jam tidur. Intervensi yang ketiga yaitu monitor kelelahan fisik dan emosional. Intervensi yang keempat yaitu anjurkan tirah baring. Intervensi yang kelima yaitu anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Intervensi yang keenam yaitu sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus. Intervensi yang ketujuh yaitu lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif. Intervensi yang kedelapan yaitu berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan. Intervensi yang kesembilan yaitu fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Intervensi yang kesepuluh yaitu kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil, sebagai berikut: keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, meringis menurun, kemampuan mengenali penyebab nyeri, kemampuan menggunakan teknik non farmakologis.

Intervensi pertama yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Intervensi yang kedua yaitu identifikasi skala nyeri. Intervensi yang ketiga yaitu identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Intervensi yang keempat yaitu Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Intervensi yang kelima yaitu kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Intervensi

yang keenam yaitu berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (distraksi, kompres hangat/dingin, relaksasi). Intervensi yang ketujuh yaitu fasilitasi istirahat dan tidur klien. Intervensi yang kedelapan yaitu jelaskan penyebab, periode, dan pemacu nyeri. Intervensi yang kesembilan yaitu jelaskan strategi meredakan nyeri. Intervensi yang kesepuluh yaitu anjurkan monitor nyeri secara mandiri. Intervensi yang kesebelas yaitu ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Intervensi yang kedua belas yaitu kolaborasi pemberian analgetic yaitu dengan memberikan paracetamol.

Nausea b.d rasa makanan atau minuman yang tidak enak.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil, sebagai berikut: nafsu makan meningkat, wajah pucat membaik.

Intervensi pertama yang dilakukan yaitu, monitor asupan nutrisi dan kalori. Intervensi yang kedua yaitu identifikasi factor penyebab mual. Intervensi yang ketiga yaitu, berikan makanan dalam jumlah yang kecil. Intervensi yang keempat yaitu berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna. Intervensi yang kelima yaitu anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual. Intervensi yang keenam adalah anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak. Intervensi yang ketujuh adalah kolaborasi pemberian antimetik, jika perlu

E. IMPLEMENTASI

Berdasarkan intervensi yang telah dirancang sesuai penegakkan masalah keperawatan, kemudian aplikasikan intervensi sebagai tindak lanjut dari proses asuhan keperawatan pada Ny.S. Tindakan yang diupayakan kepada klien yaitu:

Pada hari selasa tanggal 28 februari 2023, **jam 08:25 WIB** dilakukan imlementasi diagnose yang ke 1 dan 2 , yang pertama adalah monitor TTV. Data subjektif: klien mengatakan bersedia untuk dilakukannya pemeriksaan TTV. Data objektif: N: 98 x/menit, S: 36°C, RR:

18 x/menit, TD: 152/80 mmHg. **Jam 08:30 WIB** dilakukan implementasi diagnose ke 2 yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Data subjektif: klien mengatakan merasakan nyeri di pinggang dan kepalanya P: pasien megatakan merasakan nyeri, Q: nyeri seperti berdenyut, R: nyeri dirasa di kepala dan pinggangnya, S: skala nyeri 6, T: nyeri hilang timbul. Data objektif: klien tampak kesakitan, klien tampak meringis. **Jam 08:45 WIB** dilakukan implementasi diagnose ke 1 yaitu monitor kelelahan fisik dan emosional. Data subjektif: klien mengatakan merasakan lemah dan lemas, klien mengatakan dirinya sangat sedih dengan keadaannya saat ini. Data objektif: pasien terlihat ingin menangis. **Jam 08:57 WIB** dilakukan diagnosa ke 3 yaitu tanyakan nafsu makan pasien. Data subjektif: klien mengatakan menurunnya keinginan untuk makan. Data objektif: pasien tanpa lemas dan lesu, turgor kulit kering, mukosa bibir kering.

Pada hari rabu tanggal 01 Maret 2023, **jam 14:45 WIB** dilakukan implementasi diagnosa ke 2 yaitu memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan melakukan tarik nafas dalam dan memberikan kompres hangat. Data subjektif: klien mengatakan bersedia. Data objektif: klien kooperatif, klien terlihat rileks. **Jam 15:30 WIB** dilakukan implementasi untuk diagnose 1 dan 2 yaitu memonitor TTV. Data subjektif: klien mengatakan bersedia untuk dilakukannya pemeriksaan TTV. Data objektif: klien kooperatif, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,8°C, TD: 145/77 mmHg. **Jam 16:03 WIB** dilakukan implementasi untuk diagnosa ke 1 yaitu menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Data subjektif: klien mengatakan bersedia mengikuti anjuran perawat. Data objektif: klien tampak mengganggu kepala, klien mengerti dan mau melakukannya. **Jam 18:45 WIB** dilakukan implementasi untuk diagnosa ketiga yaitu memberikan makanan dalam jumlah yang kecil. Data subjektif: klien mengatakan bersedia memakan makanan dalam jumlah yang kecil. Data objektif: klien tampak mengganggu kepala, klien mau memakan makanan dalam jumlah yang kecil.

Pada hari kamis tanggal 02 Maret 2023, **jam 21:30 WIB**, dilakukan implementasi diagnosa ke 2 yaitu jelaskan strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Data subjektif: klien mengatakan bersedia, pasien megatakan memahami teknik dan strategi yang diajarkan. Data subjektif: klien kooperatif, klien tampak memahami teknik distraksi dan napas dalam, klien tampak lebih rileks. **Jam 21:35 WIB** dilakukan implementasi untuk diagnosa 1 dan 2 yaitu monitor TTV. Data subjektif: klien mengatakan bersedia untuk dilakukannya pemeriksaan TTV. Data objektif: klien kooperatif, N: 82 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,7°C, TD: 140/80 mmHg. **Jam 21:45 WIB**, dilakukan implementasi diagnosa ke 1 yaitu megajarkan latihan rentang gerak pasif dan aktif. Data subjektif: klien mengatakan bersedia untuk diajarkan latihan rentang gerak pasif dan aktif. Data objektif: klien kooperatif, klien tampak memahami latihan rentang gerak pasif dan aktif yang diajarkan. **Jam 21:50 WIB** dilakukan implementasi diagnose ke 3 yaitu menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak. Data subjektif: klien megatakan bersedia mengikuti anjuran perawat. Data objektif: klien tampak menganggukkan kepala, klien megerti dan mau melakukannya. **Jam 21:53 WIB** dilakukannya implementasi diagnosa ke 3 yaitu menganjurkan klien untuk menjaga kebersihan mulut, mengobservasi keadaan umum klien. Data subjektif: klien megatakan bersedia mengikuti anjuran perawat, klien mengatakan masih sedikit lemas dan lumayan pusing, serta badan masih sedikit gemetar. Data objektif: klien mengerti dan mau melakukannya, klien tampak lemas dan pucat.

F. EVALUASI

Hari selasa tanggal 28 Februari 2023 **jam 12:30 WIB**, hasil evaluasi diagnose ke 2 yaitu S: klien megatakan masih merasakan nyeri pada kepala dan pinggangnya, O: klien kooperatif, skala nyeri 6, pasien tampak meringis, pasien tampak kesakitan. A: masalah belum teratasi. P: pertahankan intervensi. **Jam 12:45 WIB**, hasil evaluasi diagnosa ke 1 yaitu

S: klien mengatakan dirinya sangat sedih dengan keadaanya saat ini.. O: klien terlihat ingin menangis, pasien mampu makan dan minum secara mandiri, klien mandi dan berpakaian Sebagian dibantu, klien berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi roda dibantu. A: masalah belum teratasi. P: pertahankan intervensi. **Jam 13:00 WIB**, hasil evaluasi diagnosa ke 3 yaitu S: klien mengatakan nafsu makannya menurun, O: klien tampak lemas, klien tampak pucat, turgor bibir kering, mokusa bibir kering, A: masalah belum teratasi, P: pertahankan intervensi

Hari rabu tanggal 01 Maret 2023 **jam 17:08 WIB**, hasil evaluasi diagnose ke 2 yaitu S: klien mengatakan memahami teknik dan strategi yang diajarkan, klien juga mengatakan nyeri pada kepala dan pinggangnya berkurang, O: klien kooperatif, skala nyeri 3, klien tampak lebih tenang. A: masalah teratasi Sebagian P: pertahankan intervensi. **Jam 17:15 WIB**, hasil evaluasi diagnosa ke 1 yaitu, S: klien mengatakan dirinya sangat sedih dengan keadaanya saat ini karena aktivitasnya yang terbatas akibat sakit yang dideritanya. O: klien terlihat ingin menangis, klien mampu makan dan minum secara mandiri, klien mandi dan berpakaian Sebagian dibantu, klien berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi roda dibantu. A: masalah belum teratasi. P: pertahankan intervensi. **Jam 17:30 WIB**, hasil evaluasi diagnosa ke 3 yaitu S: klien mengatakan belum cukup nafsu makan, O: klien masih tampak lemas, klien tampak pucat, A: masalah belum teratasi, P: pertahankan intervensi.

Hari kamis tanggal 02 Maret 2023 **jam 05:00 WIB**, hasil evaluasi diagnosa ke 2 yaitu S: klien mengatakan memahami teknik dan strategi yang diajarkan, klien mengatakan kepala dan pinggangnya sudah tidak nyeri, O: klien kooperatif, skala nyeri 0, intensitas berkurang, klien tampak tenang, A: masalah teratasi , P: hentikan intervensi. **Jam 05:15 WIB**, hasil evaluasi diagnose ke 1 yaitu S: klien mengatakan badannya sudah tidak lemas, O: klien mampu makan dan minum secara mandiri, klien mandi dan berpakaian masih dibantu, klien berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi roda sudah mandiri. A: masalah teratasi sebagian. P: pertahankan intervensi. **Jam 05:18**

WIB, hasil evaluasi diagnosa ke 3 yaitu, S: klien mengatakan nafsu makannya sudah meningkat, klien megatakan bahwa ia menjaga kebersihan mulut, O: klien sudah kelihatan tampak bugar dan segar, A: masalah teratasi, P: hentikan intervensi



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini dibahas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan kasus anemia gravis pada Ny.T diruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang yang dilakukan pada tanggal 28 Februari 2023.

Sebagai seorang perawat, penting untuk memberikan asuhan keperawatan yang sistematis kepada klien. Langkah-langkah dalam asuhan keperawatan sistematis meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi, implementasi intervensi, dan evaluasi.

Pengkajian melibatkan pengumpulan data tentang klien, termasuk riwayat medis, riwayat keluarga, gejala, dan tanda-tanda fisik yang dapat membantu menentukan diagnosis keperawatan. Setelah data terkumpul, perawat dapat menentukan diagnosis keperawatan, yaitu menetapkan masalah kesehatan klien berdasarkan data yang telah terkumpul.

Setelah diagnosa keperawatan ditentukan, perawat dapat merencanakan intervensi yang sesuai untuk memecahkan atau memperbaiki masalah kesehatan klien. Implementasi intervensi melibatkan tindakan nyata untuk menerapkan rencana intervensi yang telah dirancang.

Terakhir, perawat perlu mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan untuk menentukan apakah intervensi telah berhasil dan memenuhi tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dapat membantu perawat memperbaiki dan mengembangkan rencana perawatan ke depan. Penulis juga meminta maaf karena penulis kurang melengkapi pengkajian dari sisi penulisan.

A. Pengkajian

Fase pertama dalam proses keperawatan adalah pengkajian. Informasi tentang klien dikumpulkan selama tahap pengkajian dan akan digunakan sebagai data dasar untuk meneruskan proses keperawatan ke tahap berikutnya (Sevrika Ieka, 2020)

Dalam menyusun asuhan keperawatan, penulis melakukan pengkajian menggunakan beberapa metode, yaitu observasi, wawancara, dan pemeriksaan

fisik. Selama proses pengkajian, penulis tidak mengalami hambatan karena klien yang ditangani bersifat kooperatif. Data yang diperoleh dalam pengkajian asuhan keperawatan pada Ny.T dengan anemia gravis di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang mencakup data dasar, data fokus, serta data subjektif dan objektif.

Hari selasa, 28 Februari 2023 melakukan pengkajian dengan pasien yang bernama Ny.T diagnosa medis anemia gravis. Dari data pengkajian yang didapat, pasien mengatakan masuk rumah sakit pada hari senin, 27 Februari 2023. Pada hari itu pasien berniat untuk control tetapi karena kondisinya sangat lemah yang berupa badan lemas, nyeri pada bagian pinggang dan seluruh badan gemetar bahkan untuk berjalan saja tidak bisa, yang mengharuskan untuk dirawat inap agar kondisinya lebih baik dan stabil. Setelah pasien dibawa ke ruang rawat inap, pasien dilakukan pemeriksaan lebih lanjut, serta pasien melakukan transfuse darah kemudian besoknya pasien dibawa ke ruang hemodialisa untuk dilakukan cuci darah.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Diagnosa keperawatan yang pertama adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang dapat disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai oksigen (Nur Isnaeni et al., 2018). Penulis menegakkan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dikarenakan dalam aktivitas sehari-hari klien terlihat dibantu perawat maupun keluarga dalam pemenuhan kebutuhannya seperti, mandi dan berpakaian klien dibantu oleh keluarga maupun perawat, klien tampak berbaring saja di tempat tidur, apabila ingin berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi roda maka memerlukan bantuan perawat maupun keluarga. Penulis menegakkan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan menjadi diagnosa prioritas utama karena data yang ditemukan pada pasien sudah memenuhi dari data mayor diantaranya klien mengeluh

lelah. Dari data minor klien merasa lemah dan tidak nyaman setelah beraktivitas. Untuk mengatasi masalah tersebut, diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditegakkan.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Diagnosa keperawatan yang kedua adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Nyeri adalah respon subjektif stresor yang dirasakan baik secara fisik maupun fisiologis. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan (Dewi Mayasari Prodi S- et al., 2016). Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, penulis menegakkan masalah nyeri akut, masalah yang didapatkan pada klien karena klien mengeluh nyeri pada bagian kepala dan pinggangnya, klien sering mengeluh pusing dan ketika berdiri pandangan mata berkunang-kunang, klien terlihat meringis dan kesakitan dengan skala 6. Penulis menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis menjadi diagnosa kedua dikarenakan nyeri pada klien di bagian kepala dan klien sering mengeluh pusing serta pandangan mata berkunang-kunang adalah merupakan salah satu dari manifestasi klinis anemia atau gejala dari anemia. Untuk mengatasi masalah tersebut, diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditegakkan.

3. Nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak

Diagnosis yang ketiga adalah nausea berhubungan dengan makanan atau minuman yang tidak enak. Nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah (Nurlaily Utami et al., 2015). Penulis menegakkan diagnosa nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak dikarenakan setiap klien makan, klien akan mengalami mual dan berakhir klien makan cuma sedikit. Klien juga mengatakan mengalami penurunan nafsu makan, yang sebelum sakit klien makan 3x sehari selalu

menghabiskan porsi makanannya sedangkan selama sakit klien makan 3x sehari menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanannya kadang juga bisa menghabiskan kurang dari $\frac{1}{2}$ porsi makanan. Klien juga tampak pucat dan juga lemas karena makanan yang masuk hanya sedikit, ditambah juga mukosa bibir kering dan turgor kulit kering. Penulis menegakkan diagnosa nausea berhubungan dengan makanan dan minuman yang tidak enak sebagai diagnosa ketiga dikarenakan data yang ditemukan pada pasien sudah memenuhi dari data mayor diantaranya klien mengeluh mual. Dari data minor klien tanpa pucat dan lemas, mukosa bibir kering dan turgor kulit kering. Dijadikan diagnosa nausea sebagai diagnosa ketiga karena menurut hirarki maslow hal ini perlu diperhatikan dalam memenuhi kebutuhan keamanan dan keselamatan, bebas dari mual. Untuk mengatasi masalah tersebut, diagnosa nausea berhubungan dengan rasa makanan dan minuman yang tidak enak ditegakkan.

Menurut teori hierarki Maslow (1970), mengevaluasi kebutuhan adalah salah satu cara untuk menetapkan prioritas saat menentukan prioritas keperawatan. Lima kebutuhan esensial manusia—yaitu, kebutuhan untuk bernapas, makan, dan minum untuk memenuhi kebutuhan biologis dasar seseorang—menjadi hierarki yang digunakan untuk menentukan prioritas. Keinginan akan keamanan, atau pertahanan terhadap risiko dari lingkungan yang berbahaya, adalah kebutuhan kedua. Kebutuhan ketiga adalah keinginan untuk diterima, cinta, dan kasih sayang, khususnya kebutuhan untuk interaksi kelompok. keinginan untuk cinta dan cinta cinta. Kebutuhan harga diri, atau kebutuhan untuk diakui dan dihargai, adalah kebutuhan keempat. Kebutuhan akan aktualisasi diri—yaitu dorongan untuk mengerahkan kemampuan dan potensi diri—merupakan kebutuhan kelima (Nurlaily Utami et al., 2015)

C. Intervensi keperawatan

Tahapan yang ketiga adalah intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan adalah petunjuk rinci mengenai apa yang diharapkan sebagai akibat dari

tindakan perawat. intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dalam mendapatkan hasil yang mereka inginkan (Sevrika Ieka, 2020). Dalam penulisan intervensi keperawatan, perawat hendaknya menggunakan prinsip SMART yaitu *specific* artinya tidak memberikan arti ganda atau tujuan yang dicapai harus jelas. *Measurable* artinya mengacu pada sesuatu yang klien dapat dengar, ukur, lihat, sentuh, bantu, dan rasakan. *Archivable* artinya dapat dipertanggung jawabkan. *Time* artinya mengacu pada pengaturan batas waktu berdasarkan situasi klien (Putri Lestari & Indrawati Lipoeto, 2017)

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil, sebagai berikut: keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat.

Intervensi pertama yang dilakukan yaitu monitor kelelahan fisik dan emosional. Intervensi yang kedua yaitu lakukan Latihan rentang gerak aktif atau pasif bertujuan untuk meningkatkan lingkup gerak sendi. Intervensi yang ketiga yaitu fasilitasi aktivitas fisik rutin seperti, ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri, sesuai dengan kebutuhan klien. Intervensi yang keempat yaitu libatkan keluarga dalam aktivitas bertujuan agar klien lebih mudah untuk beraktivitas sehari-hari dengan cara bantuan dari keluarga, dan keluarga bisa memberi motivasi kepada pasien untuk semangat Latihan dalam beraktivitas. Intervensi yang kelima yaitu anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (Nur Isnaeni et al., 2018).

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil, sebagai berikut: keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, meringis menurun, kemampuan mengenali penebab nyeri, kemampuan menggunakan teknik non farmakologis.

Intervensi pertama yang ditegakkan penulis yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri bertujuan untuk mengetahui apakah ada sumber

nyeri baru yang di rasakan oleh pasien atau tidak, durasi untuk mengetahui apakah nyeri yang dirasakan pasien kurang dari 3 bulan atau tidak, frekuensi bertujuan untuk mengetahui waktu munculnya serangan nyeri, kualitas nyeri bertujuan untuk memberi informasi penting yang signifikan mengenai seberapa intens kualitas nyeri yang dirasakan (Amallia et al., 2017), intensitas nyeri bertujuan untuk mengetahui seberapa berat nyeri yang klien rasakan. Teknik PQRST adalah metode yang digunakan untuk memudahkan pengamatan skala nyeri (Yanti Cahyati, 2022). Intervensi yang kedua yaitu kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Intervensi yang ketiga yaitu jelaskan penyebab nyeri, periode, dan pemicu nyeri. Intervensi yang keempat yaitu memberikan teknik non farmakologis bertujuan untuk mengurangi nyeri.

3. Nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil, sebagai berikut: nafsu makan meningkat, wajah pucat membaik.

Intervensi pertama yang dilakukan yaitu, monitor asupan nutrisi dan kalori untuk mengetahui seberapa banyak asupan makanan yang masuk. Intervensi yang kedua yaitu, berikan makanan dalam jumlah yang kecil bertujuan untuk menetralkan rasa mual pada klien. Intervensi yang ketiga yaitu berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna. Intervensi yang keempat adalah anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak bertujuan untuk menjaga nutrisi tetap terpenuhi, intervensi kelima adalah anjurkan klien untuk menjaga kebersihan mulut untuk mencegah kerusakan gigi dan menghilangkan bakteri yang berada di dalam mulut (Nurlila, 2016).

D. Implementasi

Tahapan yang keempat yaitu implementasi keperawatan. Implementasi keperawatan merupakan proses perencanaan tindakan yang meliputi kegiatan yang akan dilakukan perawat pada klien serta pendokumentasian tindakan yang

telah dilakukan pada klien dan reaksi klien terhadap tindakan yang telah diberikan oleh perawat (Mariana et al., 2018).

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Implementasi diagnosa pertama adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Dari semua rencana keperawatan yang penulis tetapkan, implementasi yang dilakukan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu monitor kelelahan fisik dan emosional bertujuan untuk mengetahui koping klien dan untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional klien, menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap bertujuan untuk meningkatkan kemampuan aktivitas klien dan untuk menunjang proses kesembuhan klien secara bertahap (Utama, 2021), mengajarkan klien latihan gerak aktif dan pasif. Latihan gerak aktif-pasif bertujuan untuk melatih dan menggerakkan anggota gerak tangan dan kaki, sehingga otot tidak mengalami kekakuan. Hal ini sangat penting untuk mencegah kerusakan pada kulit dan memperluas jangkauan gerak pada persendian. Selain itu, latihan ini juga dapat meningkatkan kekuatan otot dan kemampuan aktivitas pasien secara bertahap. Klien yang berbaring terlalu lama bisa menjadi rentan terhadap kekakuan otot, yang dapat menyebabkan berbagai komplikasi. Oleh karena itu, latihan gerak aktif-pasif sangat penting dalam menjaga kesehatan dan kenyamanan klien. Klien yang kooperatif dan mendengarkan arahan perawat serta mendapatkan dukungan dari keluarga akan lebih mudah untuk dilakukan latihan gerak aktif-pasif (Nur Isnaeni et al., 2018). Klien tampak kooperatif, tampak mendengarkan dengan penuh perhatian penjelasan dan instruksi perawat, serta tampak memahami mekanisme koping yang diajarkan perawat, sehingga penulis dapat melakukan tindakan terkait tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Implementasi diagnosa kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Dari semua rencana keperawatan yang penulis tetapkan, implementasi yang dilakukan diagnosa nyeri akut berhubungan

dengan agen pencedera fisiologis yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi nyeri, frekuensi nyeri bertujuan untuk mengetahui waktu munculnya serangan nyeri, memonitor kualitas nyeri ini untuk melacak nyeri yang masih dialami klien selama fase pemulihan dengan memantau kualitas nyeri dengan cara yang dapat dilakukan klien secara mandiri. Intensitas nyeri dengan cara menggunakan skala dan mengatur interval waktu pemantauan, menjelaskan tentang cara mengurangi rasa sakit dan pengajaran teknik non-farmakologis merupakan strategi perawatan yang berfokus pada kepedulian dan tidak melibatkan penggunaan obat-obatan (Dewi Mayasari Prodi S- et al., 2016). Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri diantaranya adalah massage effluerage, teknik relaksasi dan teknik distraksi. Distraksi yaitu memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu hal atau melakukan pengalihan perhatian ke hal-hal diluar nyeri. Distraksi dapat dilakukan dengan cara distraksi penglihatan (visual), distraksi intelektual (pengalihan nyeri dengan kegiatan-kegiatan), dan distraksi pendengaran (audio) (Wulan et al., 2020). Metode pereda nyeri non farmakologis biasanya mempunyai resiko yang sangat rendah. Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti untuk obat-obatan, tindakan tersebut mungkin diperlukan atau sesuai untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung hanya beberapa detik atau menit (Wulan et al., 2020). Klien kooperatif dan dapat mendengarkan dengan baik penjelasan dan arahan yang diberikan oleh perawat, serta dukungan dari keluarga, sehingga penulis dapat menyelesaikan semua aktivitas selama tindakan keperawatan dilakukan pada klien.

3. Nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak
Implementasi diagnosa ketiga adalah nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak. Dari semua rencana keperawatan yang penulis tetapkan, implementasi yang dilakukan diagnosa nausea berhubungan dengan rasa makanan atau minuman yang tidak enak yaitu, Monitor asupan nutrisi dan kalori bertujuan untuk memantau asupan nutrisi dan kalori yang diterima oleh klien dan memastikan kecukupan

nutrisi, serta mencegah terjadinya mual yang berkelanjutan, perlu dilakukan pengukuran dan pencatatan asupan makanan dan minuman yang dikonsumsi oleh klien secara teratur. Hal ini dapat membantu tim medis dan perawat dalam menyesuaikan rencana nutrisi dan tindakan perawatan yang dibutuhkan oleh klien, serta memastikan bahwa kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dengan baik. Selain itu, perlu juga diperhatikan jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi klien agar tidak memicu mual atau memperburuk kondisi klien (Parulian et al., 2016). Memberikan makanan dalam jumlah yang kecil bertujuan untuk menjaga nutrisi tetap terpenuhi dan mencegah terjadinya mual yang berlanjut. Mengajarkan klien untuk menjaga kebersihan mulut memiliki tujuan untuk mencegah kerusakan gigi dan menghilangkan bakteri yang berada di dalam mulut. Kebersihan gigi dan mulut merupakan kondisi di mana gigi-geligi di dalam rongga mulut tetap bersih, terbebas dari plak dan kotoran lain seperti sisa makanan, karang gigi, dan debris, serta mencegah bau mulut yang tidak sedap (Nurlila & Marimbun, 2016). Klien tampak kooperatif, tampak mendengarkan dengan penuh perhatian penjelasan dan instruksi perawat, serta tampak memahami mekanisme koping yang diajarkan perawat, sehingga penulis dapat melakukan tindakan terkait tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien.

E. Evaluasi

Tahapan terakhir dari asuhan keperawatan yaitu Evaluasi keperawatan merupakan langkah dalam menentukan apakah rencana tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan klien telah berhasil (Sukmawati et al., 2019). Dalam mempermudah perawat melakukan evaluasi keperawatan perawat menggunakan tahapan SOAP yaitu S artinya data subjektif. Keluhan klien yang sedang berlangsung dicatat oleh perawat. O artinya data objektif. Hasil pengamatan yang dirasakan klien setelah melakukan tindakan tertentu. A artinya analisa, yaitu kesimpulan data subjektif dan

objektif. Analisis adalah masalah klien yang sedang berlangsung atau masalah yang telah dipecahkan. P artinya planning, perencanaan yang sudah dihentikan, dilanjutkan, atau diubah (Elisabet Herlyani Bota Koten, 2021).

Evaluasi keperawatan pada diagnosa pertama yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang dilakukan pada tanggal 28 Februari 2023 sampai 02 Maret 2023. Yang ditemukan selama evaluasi 3 hari yang di dapatkan masalah teratasi sebagian. Kriteria hasil masalah teratasi sebagian dengan alasan klien sudah tidak merasakan lemas, klien mampu makan dan minum secara mandiri, klien mandi dan berpakaian secara mandiri. Penulis menganjurkan kepada klien agar tetap melakukan aktivitas secara bertahap.

Evaluasi keperawatan pada diagnosa kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang dilakukan pada tanggal 28 Februari 2023 - 02 Maret 2023. Yang ditemukan selama evaluasi 3 hari yang di dapatkan masalah teratasi. Kriteria hasil masalah teratasi sebagian dengan alasan kondisi pasien semakin membaik, kepala dan pinggangnya sudah tidak nyeri, skala nyeri 0. Penulis melakukan tindakan lanjut secara bertahap sebagai acuan untuk mengetahui keberhasilan dari diagnosa yang ditegakkan.

Evaluasi keperawatan pada diagnosa ketiga yaitu nausea berhubungan dengan makanan atau minuman yang tidak enak yang dilakukan pada tanggal 28 Februari 2023 sampai 02 Maret 2023. Yang ditemukan selama evaluasi 3 hari yang didapatkan masalah teratasi. Kriteria hasil masalah teratasi yaitu dengan alasan nafsu makan klien sudah meningkat, dan klien selalu membersihkan mulutnya setiap pagi dan malam. Penulis tetap menganjurkan kepada klien apabila nafsu makan klien menurun kembali maka anjurkan memakan makanan yang sedikit tapi sering.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Hasil studi yang dilakukan oleh penulis tanggal 28 Februari 2023 – 02 Maret 2023 pada Ny. T di ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dengan asuhan keperawatan pada pasien anemia gravis dengan keluhan badannya lemas, nyeri pada bagian kepala dan pinggangnya, serta seluruh badannya bergetar yang diawali dengan pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, pengaplikasian, dan evaluasi hasil, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hari selasa, 28 Februari 2023 melakukan pengkajian dengan pasien yang bernama Ny.T diagnose medis anemia gravis. Dari data pengkajian yang didapat, pasien mengatakan masuk rumah sakit pada hari senin, 27 Februari 2023. Pada hari itu pasien berniat untuk control tetapi karena kondisinya sangat lemah yang berupa badan lemas, nyeri pada bagian pinggang dan seluruh badan gemetar bahkan untuk berjalan saja tidak bisa, yang mengharuskan untuk dirawat inap agar kondisinya lebih baik dan stabil. Setelah pasien dibawa ke ruang rawat inap, pasien dilakukan pemeriksaan lebih lanjut, serta pasien melakukan transfuse darah kemudian besoknya pasien dibawa ke ruang hemodialisa untuk dilakukan cuci darah.
2. Pengkajian yang dilakukan pada studi kasus meliputi identitas klien, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, pemeriksaan pola kesehatan fungsional, pemeriksaan fisik. Dari pengkajian yang telah dilaksanakan terhadap klien. didapatkan hasil terjadinya nyeri, ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari, dan nafsu makan menurun, mual.

3. Diagnosa keperawatan yang ditegakan berdasarkan keluhan klien dan hasil pemeriksaan yang didapat. Diagnosa yang muncul dari studi kasus yaitu nyeri akut, intoleransi aktivitas dan nausea.
4. Rencana keperawatan yang disusun bertujuan untuk mencapai hasil dan tujuan yang diharapkan oleh klien dan penulis. Dengan rencana keperawatan yang disusun, penulis berharap adanya peningkatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, nafsu makan klien dapat meningkat, serta nyeri pada pinggang dan kepala klien menurun.
5. Pada studi kasus, intervensi perawat dilakukan selama 3x8 jam, dan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun.
6. Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam. Laporan evaluasi yang menyatakan bahwa satu masalah perawat diselesaikan sebagian dan dua masalah telah diselesaikan. Untuk mendapatkan hasil terbaik saat memberikan asuhan keperawatan, dukungan keluarga sangat penting. Dalam contoh penulis, keluarga klien sangat mendukung dan membantu selama menerima asuhan keperawatan.

B. SARAN

1. Bagi institusi Pendidikan
Diharapkan Karya Tulis Ilmiah yang telah dibuat oleh penulis ini dapat bermanfaat sebagai salah satu sumber bagi lembaga Pendidikan Ilmu Keperawatan UNISSULA dan dapat membantu mahasiswa dalam merencanakan asuhan keperawatan pada kasus pasien anemia.
2. Lahan praktik
Mutu pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien sudah memadai, namun diharapkan dapat meningkat sejalan dengan perkembangan standar asuhan keperawatan yang berlaku guna menghasilkan luaran pelayanan kesehatan yang bermutu. selanjutnya menjadi narasumber bagi perawat yang merawat pasien anemia.
3. Masyarakat

Dengan memanfaatkan media massa atau elektronik, serta tenaga kesehatan untuk memperoleh wawasan tentang kesehatan diri, pencegahan, dan penanganan penyakit khususnya anemia, diharapkan masyarakat akan lebih mengetahui informasi kesehatan dan anemia.



DAFTAR PUSTAKA

- Amallia, S., Afriyani, R., Putri Utami, S., Studi Kebidanan, P., & Siti Khadijah Palembang, S. (2017). *Faktor Risiko Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Rumah Sakit BARI Palembang*.
- Ari Madi Yanti, D., Sulistianingsih, A., & Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pringsewu Lampung Jl Makam Galib, S. K. (2018). *Faktor-Faktor Terjadinya Anemia Pada Ibu Primigravida Di Wilayah Kerja Puskesmas Pringsewu Lampung The Factors are Related with Anemia in Primigravida Women Pringsewu Primary Health Care Area District of Pringsewu* (Vol. 6, Issue 2).
- Ayu, K., Prasetya, H., Made Wihandani, D., Wayan, I., & Sutadarma, G. (2019). Hubungan Antara Anemia Dengan Prestasi Belajar Pada Siswi Kelas Xi Di Sman I Abiansemal Badung. In *JURNAL MEDIKA* (Vol. 8, Issue 1). <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum46>
- Budiarti, A., Anik, S., Putu, N., Wirani, G., Tinggi, S., Kesehatan, I., & Surabaya, H. T. (2020). *Studi Fenomenologi Penyebab Anemia Pada Remaja Di Surabaya 1*.
- Dewi Mayasari Prodi S-, C., STIKes St Paulus Ruteng, K., & Ahmad Yani, J. (2016). *Pentingnya Pemahaman Manajemen Nyeri Non Farmakologi Bagi Seorang Perawat*.
- Elisabet Herlyani Bota Koten. (2021). *Optimalisasi Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan*.
- Fitri Apriyanti. (2019). Hubungan Status Gizi Dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri Sman 1 Pangkalan Kerini Kabupaten Pelalawan. *Hubungan Status Gizi Dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri Sman 1 Pangkalan Kerinci Kabupaten Pelalawan Tahun 2019, 4*.
- Gandahasudana, Lissaeur, & McPhee. (2017). scribd.vpdfs.com_anemia-gravis. *Anemia Gravis, 20*.

- Mariana, D., Wulandari, D., & Padila, P. (2018). Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 1(2), 108–122. <https://doi.org/10.31539/jks.v1i2.83>
- Milah, A. S. (2019). Hubungan Konsumsi Tablet Fe Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Di Desa Baregbeg Wilayah Kerja Puskesmas Baregbeg Kabupaten Ciamis Tahun 2018. In *Jurnal Keperawatan Galuh*.
- Nur Isnaeni, N., puspitasari, E., & Keperawatan Widya Husada Semarang Abstrak, A. (2018). *Pemberian Aktivitas Bertahap Untuk Mengatasi Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Pasien CHF*.
- Nurlaily Utami, B., Mardiyarningsih, E., Kebidanan Ngudi Waluyo Ungaran, A., & Keperawatan Ngudi Waluyo Ungaran, A. (2015). Hubungan Pola Makan Dan Pola Menstruasi Dengan Kejadian Anemia Remaja Putri. In *The Soedirman Journal of Nursing* (Vol. 10, Issue 2).
- Nurlila, & Marimbun. (2016). *Pentingnya Menjaga Kesehatan Gigi Dan Mulut*.
- Parulian, I., Roosleyn, T., Tinggi, S., & Kesehatan Binawan, I. (2016). Strategi Dalam Penanggulangan Pencegahan Anemia Pada Kehamilan. *Jurnal Ilmiah Widya*, 3.
- Pemberian, P., Jambu, J., Merah, B., Haninda, P., Rusdi, N., Oenzil, F., Chundrayetti, E., & Penelitian, A. (2018). Terhadap Kadar Hemoglobin dan Ferritin Serum Penderita Anemia Remaja Putri. In *Jurnal Kesehatan Andalas* (Vol. 7, Issue 1). <http://jurnal.fk.unand.ac.id>
- Pratama, A., Widoyoko, H., & Septianto, R. (2020). *Pengaruh Anemia Terhadap Kematian Maternal*. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>
- Purbadewi, L., Noor, Y., Ulvie, S., Fakultas, S. G., Keperawatan, I., & Kesehatan, D. (2017). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Anemia Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil*. <http://jurnal.unimus.ac.id>
- Putri Lestari, I., & Indrawati Lipoeto, N. (2017). Hubungan Konsumsi Zat Besi dengan Kejadian Anemia pada Murid SMP Negeri 27 Padang. In *Jurnal Kesehatan Andalas* (Vol. 6, Issue 3). <http://jurnal.fk.unand.ac.id>

- Rohmatika, D., Umarianti, T., Diii, P., Stikes, K., & Surakarta, K. H. (2017). Peningkatan Kadar Hemoglobin Pada Ibu Hamil Dengan Anemia Ringan. In *Jurnal Kebidanan: Vol. IX* (Issue 02). www.journal.stikeseub.ac.id
- Sevrika Ieka. (2020). Hubungan Lansia dengan Personal Hygiene. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Sukmawati, Lilis Mamuroh, & Furkon Hakim. (2019). *Pengaruh Edukasi Pencegahan dan Penanganan Anemia*.
- Tramuz & Jereb, Miller, Modell & Darlison, Gillespie, Wijayanti, Gandahasuda, Lissaeur, McPhee, & Riswan. (2018). *A.Konsep Penyakit*.
- Widyantori, R., Putra, H., Supadi, J., Wijaningsih, W., Poltekkes, J. G., & Semarang, K. (2019). *Mengenai Anemia Pada Remaja Putri The Effect Of Nutrition Education On Knowledge And Attitude About Anemia In Adolescent*.
- Wijayanti, Modell & Darlison, & Gillespie. (2020). *LAPORAN PENDAHULUAN ANEMIA GRAVIS*.
- Wulan, E. S., Apriliyasari, R. W., S1, P., Stikes, K., & Kudus, C. U. (2020). *Perubahan Intensitas Nyeri Melalui Pemberian Terapi Musik Gamelan Pada Pasien Di Intensive Care Unit (ICU) RSUD Dr. Loekmonohadi Kudus*.
- Yanti Cahyati. (2022). *Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Dan Aromaterapi Lavender Pada Pasien Nyeri Post Operasi Cholelithiasis Di Ruang Melati Lantai 4 Rsud Dr Soekardjo Kota Tasikmalaya Karya Tulis Ilmiah Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.