

**KARYA TULIS AKHIR**

**“EFEKTIFITAS PEMBERIAN TRANSFUSI DARAH UNTUK  
MENINGKATKAN PERFUSI JARINGAN PERIFER AKIBAT ANEMIA DI  
RUANG TERATAI RSUD PROF DR W.Z JOHANNES KUPANG”**



**OLEH :**

**FEBRY APLORINA LIMA**  
**NIM: PO. 530321119674**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**2020**

**“Efektifitas Pemberian Transfusi Darah Untuk Meningkatkan  
Perfusi Jaringan Perifer Akibat Anemia Di Ruang Teratai  
RSUD PROF DR W.Z Johannes Kupang”**

**KARYA TULIS AKHIR**

**KTA ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan Program  
Pendidikan Profesi Ners Pada Prodi Pendidikan Profesi  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**OLEH :**

**FEBRY APLORINA LIMA**  
**NIM: PO. 530321119674**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**2020**

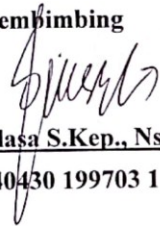
## PERSETUJUAN PEMBIMBING

**Nama** : Febry Aplorina Lima  
**NIM** : PO. 530321119674  
**Program Studi** : Pendidikan Profesi Ners  
**Judul Karya Tulis Akhir** : Efektifitas Pemberian Transfusi Darah dalam Meningkatkan Perfusi Jaringan Perifer Akibat Anemia

Telah disetujui untuk dilakukan Ujian Karya Tulis Akhir

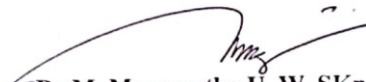
Kupang, Agustus 2020

Pembimbing



Pius Selasa S.Kep., Ns., MSc  
NIP.19740430 199703 1 001

Penguji



Dr M. Margaretha U. W SKp, MHS  
NIP.19560217 198603 2 001

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS AKHIR**

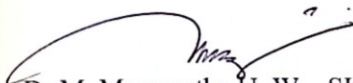
“Efektifitas Pemberian Transfusi Darah Untuk Meningkatkan  
Perfusi Jaringan Perifer Akibat Anemia Di Ruang Teratai  
RSUD Prof DR W.Z Johannes Kupang”

Disusun oleh

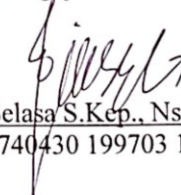
Febry Aplorina Lima  
NIM: PO. 530321119674

Telah diuji dan dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Akhir Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Program Studi Pendidikan Profesi Ners pada tanggal 1 September 2020

Penguji I


  
Dr M. Margaretha U. W., SKp, MHSc  
NIP.19560217 198603 2 001

Penguji II

  
Pius Selasa S. Kep., Ns., MSc  
NIP.19740430 199703 1 001


Mengesahkan

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

  
Era Dorihi Kale, S.Kep, Ns, Sp.Kep.MB  
NIP: 19771021 199903 2 001

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan

  
Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes  
NIP. 19691128 1993031 005

## PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN


Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Febry Aplorina Lima  
NIM : PO. 530321119674  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Tahun Akademik : Tahun 2019/2020

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Akhir ini adalah benar-benar hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik dikutip maupun dirujuk telah dinyatakan dengan benar. Penulis tidak melakukan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir dan bersedia menerima sanksi apabila di temukan perilaku plagiatisme.

Kupang, 30 Agustus 2020

Yang membuat pernyataan

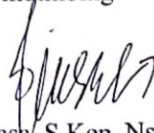


Febry Aplorina Lima

NIM. PO. 530321119674

Mengetahui

Pembimbing



Pius Selasa, S.Kep, Ns, MSc

NIP.19740430 199703 1 001

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Febry Aplorina Lima

Tempat/ Tanggal Lahir : Kupang 26 Februari 1982

Jenis Kelamin : Perempuan.

Alamat : RT 19 RW 08 Desa Noelbaki Kec Lupang Tengah Kab  
Kupang

Riwayat pendidikan : 1. Tamat SD Inpres Oetete 3 Kupang Tahun 1994  
2. Tamat SMP Negeri I Kupang Tahun 1997  
3. Tamat SPK Kupang Tahun 2000  
4. Tamat Diploma III Keperawatan 2005  
5. Tamat S I Keperawatan STIKES Nusantara Kupang  
Tahun 2013  
6. Pada Tahun 2019 mengikuti kuliah Profesi Ners Poltekkes  
Keperawatan Kupang

## **MOTTO**

***“ Memulai dengan penuh keyakinan, menjalankan dengan penuh keiklasan dan menyelesaikan dengan penuh kebahagiaan ”***

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis akhir ini dengan judul **“Efektifitas Pemberian Transfusi Darah dalam Meningkatkan Perfusi Jaringan Perifer Akibat Anemia”**. Karya Tulis Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk mencapai gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penulis menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan Karya Tulis Akhir ini adalah merupakan keterlibatan dari dosen pembimbing, dengan segala kesempatan dapat meluangkan waktu dalam memberikan arahan, motivasi, bimbingan, kesabaran dan inspirasi sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan limpah terima kasih kepada Bapak Pius Selasa S.Kep.,Ns.,MSc sebagai pembimbing. Penulis juga mengucapkan rasa terima kasih yang setulus-tulusnya kepada :

1. Ibu Dr. R.H. Kristina, SKM. M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang.
2. Bapak Dr. Florentianus Tat., S.Kp. M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang.
3. Ibu Era Dorihi Kale, S.Ke, Ns,Sp.Kep.MB sebagai Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan penulisan Karya Tulis Akhir ini.

4. Ibu Ns.Yoani M.V.B.Aty., S.Kep.M. Kep sebagai Koordinator Profesi Ners Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang. yang selalu memberikan motivasi agar semangat menulis Karya Tulis Akhir.
5. Dr M. Margaretha U. W, SKp, MHSc selaku penguji yang telah memberikan saran dan motivasi kepada penulis.
6. Bapak/ Ibu Dosen dan staf Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang selalu mendukung penulis dalam proses penyelesaian pendidikan profesi Ners.
7. Kepala Puskesmas Naibonat Ibu Adriana T Bety A,Md Keb yang telah memberikan Ijin dan motivasi untuk mengikuti program pendidikan profesi Ners
8. Kedua orang tua terbaik , Suami tercinta, anak-anakku ( Ghyzel, Gwyn,Ghyant) adik-adik tercinta ( Elsyi, Tonny,Arjen, Gerly dan Erlan) yang selalu memberikan motivasi dan dukungan baik Materil dan Moril dalam menyelesaikan pendidikan profesi Ners ini.
9. Teman-teman seperjuangan angkatan I kelas Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang terus mendukung penulis dalam penyusunan karya tulis akhir ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan dan dukungan bagi penulis.Penulis menyadari bahwa karya tulis akhir ini jauh dari sempurna namun penulis berharap bahwa karya tulis akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Kupang, agustus 2020

Penulis



## ABSTRAK

### Efektifitas Pemberian Transfusi Darah dalam Meningkatkan Perfusi Jaringan Perifer Akibat Anemia

Febry Aplorina Lima<sup>1</sup>, Dr M.Margaretha U.W.,S.Kp, MHSc<sup>2</sup>, Pius Selasa, S.Kep.,Ns.,MSc<sup>3</sup>

**Latar Belakang:** Anemia adalah : Suatu Kondisi medis dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin kurang dari normal. Kadar hemoglobin normal umumnya berbeda pada laki laki dan perempuan. Untuk pria, anemia didefinisikan sebagai kadar hemoglobin kurang dari 13,5gr% dan pada wanita hemoglobin kurang dari 12,0 gr% ( Proverawaty,2010)

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk Mengetahui Efektifitas tindakan pemberian transfusi darah dalam meningkatkan perfusi jaringan perifer akibat anemia pada pasien Ny W.U di ruang Teratai RSUD Prof DR. W.Z Johannes Kupang

**Metode Penelitian :** Penelitian ini menggunakan jenis penelitian Deskriptif dengan desain studi kasus, yaitu peneliti ingin menggambarkan studi kasus tentang efektifitas pemberian transfusi darah dalam meningkatkan perfusi jaringan perifer akibat anemia

**Hasil :** Setelah dilakukan penelitian tentang efektifitas pemberian transfusi darah dalam meningkatkan perfusi jaringan perifer akibat anemia disimpulkan hasil bahwa perfusi jaringan perifer dapat meningkat setelah dilakukan pemberian transfuse darah.

**Kesimpulan:** Transfusi darah secara umum bertujuan mengembalikan serta mempertahankan volume normal peredaran darah, mengganti kekurangan komponen sel darah meningkatkan oksigenasi jaringan serta memperbaiki fungsi homeostatis tubuh.Peran perawat sangat penting dalam pemberian transfusi darah, karena pasien yang menderita anemia terjadi gangguan perfusi jaringan perifer sehingga dengan penatalaksanaan pemberian transfusi darah yang tepat dapat meningkatkan perfusi jaringan perifer pada pasien dengan Anemia.

**Kata kunci :** Transfusi darah, Anemia

## ABSTRACT

### **Effectiveness of Blood Transfusion in Increasing Peripheral Tissue Perfusion Due to Anemia**

**Febry Aplorina Lima<sup>1</sup>, Dr M. Margaretha U.W., S.Kp, MHSc<sup>2</sup>, Pius Tuesday, S.Kep.,Ns.,MSc<sup>3</sup>**

**Background:** Anemia is A medical condition in which the number of red blood cells or hemoglobin is less than normal. Normal hemoglobin levels are generally different in men and women. For men, anemia is defined as a hemoglobin level of less than 13.5 g% and in women, hemoglobin is less than 12.0 g% (Proverawaty, 2010).

**Objective:** This study aims to determine the effectiveness of the action of giving blood transfusions in increasing peripheral tissue perfusion due to anemia in Mrs. W.U's patient in the Teratai room, Prof. DR. W.Z Johannes Kupang

**Research Methods:** This study uses a descriptive type of research with a case study design, namely the researcher wants to describe a case study about the effectiveness of giving blood transfusions in increasing peripheral tissue perfusion due to anemia.

**Results:** After conducting research on the effectiveness of blood transfusion in increasing peripheral tissue perfusion due to anemia, it was concluded that peripheral tissue perfusion could increase after blood transfusion was given.

**Conclusion:** Blood transfusion in general aims to restore and maintain a normal volume of blood circulation, replace the lack of blood cell components, increase tissue oxygenation and improve the body's homeostatic function. proper management of blood transfusion can improve peripheral tissue perfusion in patients with anemia.

**Keyword:** Blood transfusion, anemia

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>SAMPUL DEPAN</b> .....	i
<b>SAMPUL DALAM</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN</b> .....	v
<b>BIODATA</b> .....	vi
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	viii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian	
1.4 Manfaat Penelitian <sup>3</sup>	
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	3
1.4.2 Manfaat Praktis.....	3
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORI</b> .....	5
2.1 Konsep Dasar Anemia.....	5
2.2 Konsep <i>Dasar Transfusi</i> darah.....	11
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	12
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b> .....	19
3.1. Jenis dan rancangan studi.....	19
3.2. Tempat dan waktu pengambilan data.....	20
3.3. Cara pengumpulan data .....	20
3.4. Analisa Data (Analisis Masalah).....	20
<b>BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b> .....	22
4.1 Hasil Asuhan Keperawatan.....	20

4.2 Pembahasan (Literature Review).....	25
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>32</b>
5.1 Kesimpulan.....	34
5.1 Saran.....	34
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>36</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## **BAB 1**

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

Anemia adalah suatu kondisi medis dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin kurang dari normal. Kondisi ini berbeda antara laki-laki dan perempuan. Untuk pria, anemia didefinisikan sebagai kadar hemoglobin kurang dari 13,5 gr/dl dan pada wanita kurang dari 12,0 gr/dl. Anemia bukan merupakan suatu diagnosis atau penyakit, melainkan merupakan gejala awal dari suatu penyakit atau gangguan fungsi tubuh. Gejala yang sering dialami antara lain : lesu, lemah, pusing, mata berkunang-kunang, dan wajah pucat ( Indartanti, 2015). Penyebab anemia antara lain defisiensi zat gizi, penyakit infeksi kronis ( TBC, HIV, dan keganasan), perdarahan, dan hemolitik ( penghancuran sel darah merah).

Gejala anemia tidak bisa diabaikan tanpa ada penanganan yang baik dan tepat. Kondisi ini berdampak pada gangguan fisiologi tubuh dimana hemoglobin (Hb) yang rendah dapat menyebabkan berkurangnya oksigen yang diikat untuk dibawa ke jaringan dan dengan demikian menyebabkan terganggunya perfusi jaringan, akibatnya dapat menghambat metabolisme sel dan mengganggu fungsi kerja organ-organ dan system.

Penduduk dunia yang mengalami anemia berjumlah sekitar 30 % atau 2,10 milyar orang yang sebagian besar tinggal didaerah tropis Prevalensi Anemia secara global sekitar 51%. Di Indonesia menunjukkan angka prevalensi anemi secara Nasional pada semua kelompok umur 21,70% ( Kemenkes RI, 2015), berdasarkan data profil Dinkes Kota Kupang prevalensi anemia menurut penduduk perkotaan di Kota Kupang untuk perempuan 19,0 %, Laki- laki 8,1 % dan anak-anak 19,4 %. (Risksedas, 2017), berdasarkan data kejadian anemia pada ibu bersalin dengan Hb <11 gr/dl di RSUD Prof DR W.Z Johannes Kupang tahun 2018 sebesar 193 orang atau sekitar 62,3 %

Penatalaksanaan untuk kondisi ini bervariasi tergantung penyebabnya antara lain transplantasi sum-sum tulang, pemberian makanan yang adekuat, pemberian preparat besi oral, B 12, dan transfusi darah. Tindakan pemberian transfusi Darah adalah salah satu tindakan untuk meningkatkan perfusi jaringan yang merupakan tindakan kolaboratif . Keberhasilan pemberian transfusi darah tidak terlepas dari peran perawat yang dilakukan mulai dari sebelum pemberian transfusi darah, selama transfusi dan setelah transfusi.( Hanafie, 2016)

Peran perawat sangat penting dalam proses pemberian transfusi darah karena perawat yang bertanggung jawab dalam proses perawatan klien selama 1x 24 jam. Peran perawat tersebut dilaksanakan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pengkajian dilakukan sebelum, selama transfusi dan sesudah pemberian transfusi. Pengkajian pra transfusi meliputi informasi dari pasien, pengukuran tanda tanda vital, sedangkan pengkajian selama transfusi perawat perlu mengkaji warna kulit serta tanda tanda vital pasien, serta respon pasien selama pemberian transfusi untuk mengetahui adanya reaksi alergi. Data hasil pengkajian sangat dibutuhkan untuk menetapkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan tentu dapat ditegakkan dengan benar apabila data dikumpulkan secara akurat. Dengan demikian perawat dapat menyusun rencana intervensi dan melaksanakannya secara baik dan benar. Seperti halnya pada tahap pengkajian, maka perencanaan dan implementasi pun dilakukan sejak sebelum, selama dan setelah pemberian transfusi darah. Seluruh langkah-langkah akan terus dilakukan evaluasi baik, evaluasi proses maupun evaluasi akhir untuk memastikan apakah tindakan pemberian transfusi darah telah efektif meningkatkan perfusi jaringan perifer.

Berdasarkan angka kejadian anemia diatas dan pentingnya peran perawat dalam tindakan pemberian Transfusi darah maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang ”Efektifitas tindakan Pemberian Transfusi Darah Dalam Meningkatkan perfusi jaringan perifer akibat anemia Di ruang Teratai RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang“

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana Efektifitas pemberian transfusi darah dalam Meningkatkan perfusi jaringan perifer akibat anemia di Ruang Teratai RSUD Prof. DR W.Z Johannes Kupang?

## **1.3 Tujuan Penulisan**

Adapun tujuan penulisan karya tulisakhir adalah sebagai berikut:

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui Efektifitas tindakan pemberian transfusi darah dalam meningkatkan perfusi jaringan perifer akibat anemia pada pasien Ny W.U di ruang Teratai RSUD Prof DR. W.Z Johannes Kupang

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tindakan keperawatan sebelum pemberian transfusi darah
- b. Mengidentifikasi Efektifitas tindakan selama pemberian transfusi darah
- c. Menganalisis Efektifitas tindakan sesudah pemberian transfusi darah

## 1.4 Manfaat Penulisan

Adapun manfaat penulisan Karya Tulis Akhir ini terdiri dari:

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil karya Tulis Akhir ini dapat membuktikan teori tentang Efektifitas pemberian Transfusi Darah dalam Meningkatkan perfusi jaringan perifer akibat Anemia

### 1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia. Hasil Studi Kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang keperawatan medikal bedah terkhususnya Penyakit Tidak Menular.

c. Bagi RSUD Prof. DR W.Z Johannes Kupang

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan praktek Keperawatan yang tepat khususnya untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan anemia

d. Bagi Pasien

Agar pasien mendapat asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya

e. Bagi Penulis

Menambah wawasan, pengetahuan serta pengalaman dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien ketidakefektifan perfusi jaringan perifer akibat anemia

## **BAB 2**



## TINJAUAN TEORI

### 2.1 Konsep Dasar Anemia

#### 2.1.1 Pengertian Anemia

Anemia adalah : Suatu Kondisi medis dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin kurang dari normal. Kadar hemoglobin normal umumnya berbeda pada laki laki dan perempuan. Untuk pria, anemia didefinisikan sebagai kadar hemoglobin kurang dari 13,5gr% dan pada wanita hemoglobin kurang dari 12,0 gr% ( Proverawaty,2010)

World Health Organization ( WHO) menyebutkan Anemia adalah Suatu kondisi jumlah sel darah merah tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan tubuh.

Anemia memiliki gejala dan kondisi yang mendasar, seperti kehilangan komponen darah, elemen tidak adekuat atau kurangnya nutrisi yang dibutuhkan untuk pembentukan sel darah merah yang menyebabkan penurunan kapasitas mengangkut oksigen darah/ hemoglobin yang levelnya kurang dari 11,5 gr/dl ( Yatim F,2009)

Anemia Defisiensi Besi ( ADB ) adalah anemia yang disebabkan oleh kekurangan zat besi yang dibutuhkan untuk sintesis hemoglobin. Menurut Dallman, Anemia defisiensi adalah anemia karena kekurangan zat besi sehingga konsentrasi hemoglobin menurun dibawah 95% dari nilai hemoglobin rata-rata dari umur dan jenis kelamin yang sama.

#### 2.1.2 Etiologi

Anemia terjadi karena berbagai sebab seperti defisiensi , defisiensi asam folat, Vitamin B12 dan protein. Secara langsung Anemia terutama disebabkan karena produksi/ kualitas sel darah merah yang kurang dan kehilangan darah

baik secara akut atau menahun

a. Defisiensi Zat Gizi

Rendahnya asupan zat gizi baik hewani maupun nabati yang merupakan pangan sumber Zat besi yang berperan penting untuk pembuatan hemoglobin sebagai komponen dari sel darah merah / eritrosit. Zat Gizi lain yang berperan dalam penting dalam pembuatan hemoglobin antara lain asan folat dan Vitamin B 12.

b. Pada penderita dengan penyakit infeksi kronis seperti TBC, HIV/ AIDS, dan keganasan sringkali disertai anemia, karena kekurangan asupan Zat Gizi atau akibat dari infeksi itu sendiri.

c. Perdarahan (*Loss of blood volume*)

1) Perdarahan karena kecacingan dan trauma atau luka yang mengakibatkan kadar Hb menurun.

2) Perdarahan karena menstruasi yang lama atau berlebihan.

3) Perdarahan karena beberapa jenis obat tertentu yang dapat menyebabkan perdarahan lambung (aspirin, anti imflamsi dll). Obat lainnya yang dapat menyebabkan masalah dalam penyerapan zat besi dan vitamin (antasida, pil KB, antiarthritis)

d. Hemolitik

1) Perdarahan pada penderita malaria kronis perlu diwaspadai karena terjadi hemolitik yang mengakibatkan penumpukan zat besi (*hemosiderosis*) di organ tubuh, seperti hati dan limpa.

2) Pada penderita Talasemia, kelainan darah terjadi secara genetic yang menyebabkan anemia karena sel darah merah/eritrosit cepat pecah sehingga mengalami akumulasi zat besi dalam tubuh

### 2.1.3 Patofisiologi

Adanya suatu anemia mencerminkan adanya suatu kegagalan sum-sum atau kehilangan sel darah merah berlebihan atau keduanya. Kegagalan sum-sum (misalnya berkurangnya eritropoesis) dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor atau penyebab lain yang belum diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau hemolisis(destruksi).

Lisis sel darah merah (disolusi) terjadi terutama dalam sel fagositik atau dalam sistem retikuloendotelial, terutama dalam hati dan limpa. Hasil dari proses ini adalah bilirubin yang akan memasuki aliran darah. Setiap kenaikan destruksi sel darah merah (hemolisis) segera direfleksikan dengan peningkatan bilirubin plasma (konsentrasi normal  $\leq 1$  mg/dl, kadar diatas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sclera). Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi, (pada kelainan hemolitik) maka hemoglobin akan muncul dalam plasma(hemoglobinemia).

Apabila konsentrasi plasmanya melebihi kapasitas haptoglobin plasma (protein pengikat untuk hemoglobin bebas) untuk mengikat semuanya, hemoglobin akan berdifusi dalam glomerulus ginjal dan kedalamurin (hemoglobinuria).

Kesimpulan mengenai apakah suatu anemia pada pasien disebabkan oleh penghancuran sel darah merah atau produksi sel darah merah yang tidak mencukupi biasanya dapat diperoleh dengan dasar: 1) hitung retikulosit dalam sirkulasi darah; 2) derajat proliferasi sel darah merah muda dalam sumsum tulang dan cara pematangannya, seperti yang terlihat dalam biopsi; dan ada tidaknya hiperbilirubinemia dan hemoglobinemia (Betz dan Swoden,2002).

### 2.1.4 Manifestasi Klinik

Menurut Anie Kurniawan, dkk ( 2009) manifestasi klinik dari anemia adalah

a. Lesu, Lemah, Letih Lelah dan Lalai ( 5 L)

- b. Sering mengeluh pusing dan mata berkunang-kunang
- c. Gejala lebih lanjut adalah kelopak mata , bibir, lidah, Kulit dan telapak tangan menjadi pucat, mual kadang sampai muntah

Menurut Handayani dan Haribowo ( 2010 ), gejala Anemia dibagi menjadi 4 golongan besar yaitu sebagai berikut :

#### Gejala umum Anemia

Gejala anemia disebut juga sindrom anemia atau *Anemic Syndrome*. Gejala umum anemia atau *Anemic Syndrome* adalah gejala yang timbul pada semua jenis anemia pada kadar hemoglobin yang sudah meurun sedemikian rupa dibawah titik tertentu. Gejala ini timbul karena anoksia organ target dan mekanisme kompensasi tubuh terhadap penurunan hemoglobin.

Gejala – gejala tersebut apabila diklasifikasikan pada organ yang terkena adalah:

- 1) Sistem Kardiovaskuler : Lesu, Cepat lelah, palpitasi, Takikardi, Sesak napas saat beraktifitas, angina pectoris dan gagal jantung
- 2) Sistem pernapasan : Sesak napas/ dispneu
- 3) Sistem Saraf : Sakit kepala , pusing, telinga mendenging, mata berkunang-kunang , Kelemahan otot, iritabilitas, lesu, serta perasaan dingin pada ekstremitas
- 4) Sistem pencernaan: Mual, muntah, anoreksia,penurunan bising usus bentuk feces cair/keras
- 5) Sistem Urogenital : Gangguan haid dan libido menurun
- 6) Epitel : Warna Pucat dan gangguan mukosa, elastisitas kulit menurun, serta rambut tipis dan halus

### **2.1.5 Komplikasi**

Menurut Reksodiputro ( 2004 ) yang dikutip oleh Tarwoto, dkk (2010), komplikasi penyakit Anemia yaitu : Gagal Jantung kongestif, Parastesia, Konfusi kanker, penyakit ginjal, Gondok, Gangguan pembentukan heme, penyakit infeksi kuman, Talasemia, Kelainan jantung, Rematoid, meningitis dan gangguan system imun

Menurut Moore ( 1997) yang dikutip oleh Tarwoto, dkk ( 2010) Anemia juga dapat menyebabkan daya tahan tubuh berkurang. Akibatnya, penderita anemia akan mudah terkena infeksi saluran napas, jantung juga menjadi gampang lelah karena harus memompa darah lebih kuat. Pada kasus ibu hamil dengan anemia , jika lambat ditangani dan berkelanjutan dapat menyebabkan kematian, dan beresiko bagi janin. Selain bayi lahir dengan berat badan rendah, anemia juga bisa mengganggu perkembangan organ – organ tubuh.

#### **2.1.6 Penatalaksanaan medis**

Penatalaksanaan anemia ditujukan untuk mencari penyebab dan mengganti darah yang hilang :

a. Anemia aplastik :

- 1) Transplantasi sum- sum tulang.
- 2) Pemberian terapi immunosupresif dengan globulin antimosit ( ATG )

b. Anemia pada penyakit ginjal

- 1) Pada pasien dialysis harus ditangani dengan pemberian besi dan asam folat.
- 2) Ketersediaan eritropetin rekombinan

c. Anemia pada penyakit kronis

Kebanyakan pasien tidak menunjukkan gejala dan tidak menunjukkan

penanganan terhadap aneminya, dengan keberhasilan penanganan kelainan yang mendasarinya, besi sum-sum tulang dipergunakan untuk membuat darah, sehingga HB meningkat

d. Anemia pada defisiensi besi

- 1) Dicari penyebab defisiensi besi.
- 2) Menggunakan preparat besi oral, sulfas sferous glukonat ferrous dan fumarat ferrous
- 3) Dengan pemberian makanan yang adekuat
- 4) Transfusi darah diberikan bila kadar HB  $< 7$  gr%

e. Anemia Megaloblastik

- 1) Defisiensi vitamin B 12 ditangani dengan pemberian vitamin B 12.
- 2) Untuk mencegah kekambuhan anemia terapi vitamin B 12 harus diteruskan selama hidup pasien yang menderita anemia pernisiiosa atau malabsorpsi yang tidak dapat dikoreksi
- 3) Anemia defisiensi asam folat penanganannya dengan diet dan penambahan asam folat 1 mg/ hari, secara IM pada pasien dengan gangguan absorpsi.

### **2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik/ Penunjang**

Menurut Muscari (2015) pemeriksaan diagnostik pada anemia adalah:

- a. Jumlah pemeriksaan darah lengkap dibawah normal (Hemoglobin  $< 12$  g/dL, Hematokrit  $< 33\%$ , dan sel darahmerah)
- b. Feritin dan kadar besi serum rendah pada anemia defisiensi besi
- c. Kadar B<sub>12</sub> serum rendah pada anemia pernisiiosa
- d. Tes comb direk positif menandakan anemia hemolitik autoimun

- e. Hemoglobin elektroforesis mengidentifikasi tipe hemoglobin abnormal pada penyakit selsabit.
- f. Tes schilling digunakan untuk mendiagnosa defisiensi vitaminB<sub>12</sub>

## **2.2 Konsep Dasar Transfusi Darah**

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Gangguan perfusi jaringan perifer sebagai akibat dari penurunan konsentrasi Hemoglobin ( HB) dalam darah sebagai manifestasi dari anemia adalah pemberian transfusi darah ( Weinstein.2007)

### **2.2.1 Pengertian Transfusi Darah**

Transfusi darah adalah Proses pemindahan atau pemberian darah dari seseorang ( donor ) kepada orang lain ( resipien ) . Transfusi bertujuan mengganti darah yang hilang akibat perdarahan, luka bakar, mengatasi shock dan mempertahankan daya tahan tubuh terhadap infeksi ( Setyati, 2010 )

Secara umum transfusi darah bertujuan mengembalikan serta mempertahankan volume normal peredaran darah, mengganti kekurangan komponen seluler darah, meningkatkan oksigenasi jaringan, serta memperbaiki fungsi homeostasis pada tubuh.

### **2.2.2 Dasar- dasar pemberian transfusi darah**

Secara rasional dasar- dasar pemberian transfusi darah adalah pemilihan bahan transfusi yang tepat, jumlah sesuai dengan kebutuhan, pada saat yang tepat dengan cara yang tepat dan waspada efek samping yang terjadi

Faktor terpenting dalam pemberian transfusi darah adalah sebagai berikut:

Keputusan melakukan transfusi harus selalu berdasarkan penilaian yang tepat dari segi klinis penyakit dan hasil pemeriksaan laboratorium. Seseorang membutuhkan darah jika jumlah sel komponen darahnya tidak mencukupi untuk menjalankan fungsinya secara normal. Sel darah merah indikatornya adalah hemoglobin ( Hb) . Indikasi transfusi secara umum adalah bila kadar HB menunjukkan kurang dari 7 gr/dl ( Hb normal pada pria adalah 13-18 gr/dl sedangkan pada perempuan adalah 12-

16 gr/dl ( WHO dalam Arisman, 2014

Adapun kerugian atau efek samping transfusi darah menurut Rocca dan Otto pada tahun 2009 adalah dapat menimbulkan terjadinya Flebitis, anafilaktik, emboli udara, kelebihan sirkulasi, demam, ulkaria, infeksi yang ditularkan melalui transfusi ( AIDS) kontaminasi bakteri, cytomegalovirus ( CMV) hepatitis. Efek pemberian tetesan terlalu cepat adalah terjadi kelebihan sirkulasi dengan gejala dispnoe, dada seperti ditekan gelisah, sakit kepala hebat, tensi, nadi respirasi meningkat

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

Konsep Asuhan keperawatan pada Pasien dengan Anemia

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

A. Secara umum pengkajian yang dilakukan pada Pada Pasien dengan anemia

- a. Lakukan pengkajian identitas klien dan penanggung jawab.
- b. Lakukan pengkajian fisik.
- c. Dapatkan riwayat kesehatan masa lalu termasuk riwayat diet.
- d. Observasi adanya manifestasi klinis anemia.

1) Manifestasi umum.

- a) Kelemahan otot.
- b) Mudah lelah, kulit pucat.

2) Manifestasi system saraf pusat

- a) Sakit kepala
- b) Pusing
- c) Kunang –kunang
- d) Peka rangsangan
- e) Proses berpikir lambat



f) Penurunan lapang pandang

g) Apatitis

h) Depresi

3) Syok ( Anemi kehilangan darah )

a) Perfusi perifer buruk.

b) Kulit lembab dan dingin

c) Tekanan darah rendah

d) Peningkatan frekuensi jantung.

B. Pengkajian focus pada Pasien Pra Transfusi

Kaji pengetahuan dan tingkat kecemasan klien dan keluarga perasaan gelisah , perasaan tidak berdaya, insomnia, resah, ketakutan, sedih, focus pada diri sendiri, kekhawatiran, Riwayat transfusi sebelumnya, kaji tanda tanda vital

C. Pengkajian focus pada pasien Intra transfusi

1) Aktifitas

Gejala : kelelahan, malaise, kelemahan, ketidakmampuan untuk melakukan aktifitas biasanya

Tanda : kelelahan otot, peningkatan kebutuhan tidur, somnolen

2) Sirkulasi

Gejala: Palpitasi

Tanda : Diare, nyeri tekan perianal, darah merah terang pada tisu, faeces hitam, darah pada urine, penurunan haluaran urine

3) Eliminasi

Gejala: Gejala: Palpitasi

Tanda : Diare, nyeri tekan perianal, darah merah terang pada tisu, faeces hitam, darah pada urine, penurunan haluaran urine

4) Integritas ego

Gejala : perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan,

Tanda: depresi, menarik diri, ansietas, takut, marah, mudah tersinggung, perubahan alam perasaan, kacau

5) Makanan/cairan

Gejala: Kehilangan napsu makan, anorexia, muntah, perubahan rasa

Tanda Distensi abdominal, penurunan bunyi usus

6) Neurosensori

Gejala : Kurang atau penurunan koordinasi, perubahan alam perasaan, kacau, kurang konsentrasi, pusing, kesemutan, parastesia

Tanda: otot mudah terangsang, aktifitas kejang,

7) Nyeri dan kenyamanan

Gejala : Nyeri abdomen, sakit kepala, nyeri tulang/sendi, nyeri tekan sterna, kram otot

8) Pernapasan

Gejala: Napas pendek dengan kerja minimal,

Tanda : dispnea, takhipnea, dan batuk

9) Keamanan:

Gejala: Riwayat infeksi saat ini atau terdahulu, Gangguan penglihatan atau kerusakan,.

Tanda : Demam, infeksi, kemerahan, purpura, perdarahan retina, perdarahan

gusi atau epistaksis

10) Seksualitas

D. Pengkajian focus pada pasien post transfusi

Kaji tanda tanda vital meliputi tekanan darah, nadi pernapasan dan respirasi, kaji Warna kulit, kaji kekuatan otot, kaji tanda tanda shock

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

A. Pre transfusi

- 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB, penurunan suplai O2 ke jaringan.
- 2) Kecemasan berhubungan dengan kurang pengetahuan
- 3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay O2 dan kebutuhan
- 4) Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif

B. Intra transfusi

- 1) Hipotermi berhubungan dengan penyesuaian suhu transfusi
- 2) Hipertermia berhubungan dengan pengaruh medikasi
- 3) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek samping obat-obatan
- 4) Risiko syok berhubungan dengan efek samping obat-obatan
- 5) Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif

C. Post transfusi

- 1) Hipertermi berhubungan dengan medikasi
- 2) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan medikasi

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

NO	DIANGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1	Perfusi jaringan perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi Hb dan darah, suplai oksigen berkurang	<p>Goal</p> <p>Klien akan meningkatkan perfusi jaringan yang adekuat selama masa perawatan</p> <p>Objektif :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan konsentrasi Hb dalam darah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membran mukosa merah muda</li> <li>- Konjungtiva tidak anemis</li> <li>- Akral hangat</li> <li>- Tanda-tanda vital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji kemampuan klien dalam melakukan aktifitas, catat dan laporkan kelelahan,keletihan dan kesulitan menyelesaikan tugas</li> <li>- Kaji kehilangan / gangguan keseimbangan gaya jalan dan kelemahan otot</li> <li>- Atur posisi tidur pasien semi fowler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempengaruhi pilihan intervensi bantuan</li> <li>- Menunjukkan perubahan neurologi karena defisiensi VIT B12 mempengaruhi keamanan pasien/ resiko cedera</li> <li>- Meningkatkan ekspansi paru dan memaksimalkan oksigenasi untuk</li> </ul>

		dalam rentang normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji respon verbal melambat ,mudah tersinggung</li> <li>- Ukur tanda-tanda vital: TD, Nadi, RR, suhu tubuhserta pengisian kapiler dan warna kulit/membrane mucosa serta CRT</li> <li>- Kolaborasi pemberian transfusi darah PRC</li> <li>- Lakukan pemasangan Transfusi darah</li> </ul>	kebutuhan seluler <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dapat mengindikasikan gangguan fungsi serebral karena hipoksia atau defisiensi Vit B12</li> <li>- Memberikan informasi tentang keadekuatan perfusi jaringan dan membantu menentukan kebutuhan intervensi</li> <li>- Meningkatkan jumlah sel pembawa oksigen, memperbaiki defisiensi.</li> </ul>
--	--	----------------------	---	--

			sesuai SOP - Atur kecepatan tetesan - Pantau pemeriksaan laboratorium Hb, Ht Leukosit dan eritrosit	- Mengidentifikasi efisiensi dan kebutuhan pengobatan, respon terhadap therapy
--	--	--	---	--

#### 2.3.4 Implementasi keperawatan

Implementasi Keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi Keperawatan yang sudah ditetapkan.

#### 2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Capernito (2001) evaluasi adalah perbandingan yang sistemik atau terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan, dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi pada pasien dengan anemia adalah peningkatan perfusi jaringan perifer, tidak terjadi cedera, infeksi tidak terjadi, pasien dapat meningkatkan aktivitas kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi, tidak terjadi kelemahan fisik, tidak terjadi keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan, kebutuhan nutrisiterpenuhi.

## **BAB 3**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Metodologi Penelitian**

##### **3.1.1 Jenis dan rancangan studi**

Laporan studi kasus ini menggunakan metode observasional deskriptif dengan rancangan studi kasus yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memaparkan atau membuat gambaran tentang studi keadaan secara objektif (Notoatmojo, 2012). Dalam menyusun studi kasus ini penulis menggunakan metodeobservasional deskriptif terhadap tindakan pemberian transfusi darah dengan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

##### **3.1.2 Tempat dan waktu pengambilan data**

Pengambilan data dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang. Pelaksanaan penulisan ini dilaksanakan pada bulan Januari 2020

##### **3.1.3 Cara pengumpulan data**

Metode pengumpulan data adalah teknik atau cara yang dapat digunakan oleh penulis untuk mengumpulkan data, serta instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh penulis dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan lebih mudah.

Dalam studi kasus ini, penulis bertindak sebagai instrumen sekaligus sebagai pengumpul data. Prosedur yang dipakai dalam pengumpulan data yaitu : Observasi, Wawancara, dan Dokumentasi,

###### **a. Observasi**

Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui

pengamatan, dengan disertai pencatatan-pencatatan terhadap keadaan atau perilaku obyek sasaran. Dalam hal ini penulis melakukan pengamatan langsung berkaitan dengan keefektifan tindakan pemberian transfusi darah

b. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara bertanya langsung (berkomunikasi langsung) dengan responden. Dalam berwawancara terdapat proses interaksi antara pewawancara dengan responden

c. Dokumentasi

Teknik dokumentasi dipergunakan untuk melengkapi sekaligus menambah keakuratan, kebenaran data atau informasi yang dikumpulkan dari bahan-bahan dokumentasi yang ada di lapangan serta dapat dijadikan bahan dalam pengecekan keabsahan data.

#### 3.1.4 Analisa data

Analisa data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain sehingga dapat dipahami dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisa data dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya kedalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan apa yang akan dipelajari dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain ( Sugiono,2013)

Prosedur analisa data dalam penulisan ini dilakukan mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-



hal yang penting dari tema dan polanya dan membuang hal hal yang tidak diperlukan dalam penulisan. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah penulis untuk melakukan pengumpulan data mengenai asuhan keperawatan.

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### 4.1 Hasil

Studi kasus dilakukan pada Ny W.U dengan diagnosa medis Anemia di ruang Teratai RSUD Prof DR W.Z Johannes Kupang

##### 4.1.1 Pengkajian Keperawatan

###### a. Identitas

Nama Pasien Ny W.U dirawat diruang Teratai Bed 9 dengan diagnosa medis Anemia, No MR 42 22 50, tanggal masuk RS 27 Januari 2020 Jam 08.30 Wita, Tanggal pengkajian 27 Januari 2020 Jam 09.00 Wita.

Identitas pasien : Nama NY W.U, Jenis Kelamin Perempuan, umur 50 tahun, tanggal lahir 01-06-1963, status perkawinan syah, Agama Kristen protestan, suku bangsa Sabu, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, alamat Kelapa Lima, penanggung jawab Tn M.U pekerjaan nelayan hubungan dengan klien istri alamat Kelapa Lima

Riwayat Kesehatan: Pengkajian tingkat kesadaran composmentis, Verbal 5, motorik 6 Eye 4, Keluhan utama: Lemas sejak 3 minggu yang lalu lokasi di seluruh tubuh. Riwayat Keluhan utama: mulai dirasakan tanggal 21 Januari 2020, sifat keluhan kelemahan dan tidak dapat melakukan aktifitas dan perlu dibantu, keluhan lain yang menyertai mata kunang-kunang, mual. Factor pencetus yang menimbulkan serangan bila bangun tidur, keluhan tidak bertambah atau berkurang, upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah klien

langsung dibawa ke IGD.

Riwayat penyakit sebelumnya: penyakit yang pernah diderita yaitu penyakit Kusta dan sudah mendapat pengobatan dari dokter spesialis kulit dan menjalani program pengobatan Kusta selama 1 tahun, Riwayat alergi klien alergi minum obat paracetamol cara mengatasi minum air putih yang banyak, riwayat operasi tidak pernah, klien tidak pernah merokok, minum kopi, alcohol.

Riwayat keluarga: klien anak ke 6 dari 13 bersaudara kedua orang tua klien sudah meninggal dan tidak diketahui penyebab kematian yang diketahui klien karena factor ketuaan, klien menikah dengan suaminya yang merupakan anak pertama dari 2 bersaudara kedua mertua laki-laki sudah meninggal karena stroke sedangkan mertua perempuan masih hidup dan sekarang menderita penyakit Diabetes mellitus, dari pernikahan klien dan suaminya dikaruniai 5 orang anak, 2 orang perempuan dan 3 anak laki-laki semuanya dalam keadaan sehat, dan tinggal serumah.

Pemeriksaan fisik : Tanda-tanda vital: Tekanan darah 80/50 mmhg, Nadi: 87 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu badan 35,5 x/menit.

Kepala dan leher: klien pusing, bentuk ukuran dan posisi kepala normal, lesidan masa tidak ada, Observasi wajah simetris pada wajah tampak kehitaman, penglihatan normal, konjungtiva Pucat, palpebra pucat, sclera putih, tidak menggunakan kaca mata, penglihatan tidak kabur, nyeri dan peradangan tidak ada, tidak pernah menjalani tindakan operasi.

Pendengaran: tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri dan tidak ada peradangan.

Hidung: Tidak ada alergi, tidak ada polip, sinusitis dan epistaksis.

Tenggorokan dan mulut: keadaan gigi lengkap, tidak ada caries, Tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada gangguan bicara, tidak ada gangguan menelan, dan tidak ada pembesaran kelenjar leher. Pada sistem Cardiovascular tidak ada nyeri dada, Kesadaran composmentis Bentuk dada normal simetris kiri dan kanan, Bibir Pucat, kuku normal, Capillary refill > dari 3 detik tangan normal, kaki normal, sendi normal, vena jugularis tidak teraba, pembesaran uskultasi bunyi jantung I dan II normal tidak ada bunyi murmur.

Sistem Respirasi : Keluhan tidak ada, tidak ada jejas, bentuk dada normal, jenis pernapasan normal vesikuler, irama napsa teratur, tidak ada retraksi otot pernapasan serta tidak menggunakan alat bantu pernapasan. Perkusi tidak ada cairan masa dan udara, Auskultasi inspirasi dan ekspirasi normal, tidak ada bunyi Wheesing, ronkhi, kremitasi dan rales. Clubbing finger normal.

Sistem pencernaan Keluhan mual, tidak suka makan. Inspeksi turgor kulit normal, bibir kering, rongga mulut mukosa merah muda, luka/perdarahan dan tanda-tanda radang tidak ada, keadaan gusi normal, keadaan abdomen warna kulit normal tidak ada luka dan tidak ada pembesaran. Keadaan rectal tidak ada luka, tidak ada perdarahan, tidak ada hemoroid, dan tidak ada lecet, atau tumor. auskultasi bising usus normal 20 x/menit, perkusi abdomen normal tidak ada cairan, udara dan masa, palpasi tonus otot normal tidak ada nyaeri dan masa.

Sistem persyarafan: tidak ada keluhan nyeri, pusing seperti berputar, kesadaran composmentis, pupil isokor, tidak ada kejang dan

kelumpuhan, koordinasi gerak normal, cranial nerves normal, Refleks normal

Sistem musculoskeletal: Tidak ada keluhan, tidak ada kelainan ekstremitas, nyeri otot dan sendi tidak ada, reflex sendi normal kekuatan otot normal, ekstremitas atas dan bawah tidak atrofi.

Sistem integument: Turgor kulit normal, tidak ada lesi, kulit agak kering, tidak ada petichie, palpasi acral dingin

Sistem perkemihan: tidak ada keluhan BAK, tidak menggunakan lat bantu, tidak ada nyeri, warna jernih

Sistem endokrin : Tidak ada keluhan, tidak ada pembesaran kelenjar

Sistem reproduksi: tidak ada keluhan, keadaan payudara normal, riwayat persalinan normal 5 kali, tidak pernah abortus.

Pola kegiatan sehari-hari : Kebiasaan/pola makan teratur nasi dan sayur, ikan setiap hari, frekuensi makan 3 kali sehari, napsu makan baik, makanan pantangan sayur papaya, makanan yang disukai buah papaya, banyaknya minum dalam sehari 8-10 gelas perhari, (1600-200 cc) jenis makanan yang tidak disukai makanan yang pahit, BB 43 kg, TB: 155 cm, Kenaikan atau penurunan BB 1 kg selama sakit. Perubahan selama sakit : tidak ada

Pola eliminasi : frekuensi BAK 3-4 x/hari, bau khas, jumlah tidak tahu, Perubahan selama sakit tidak ada, BAB kebiasaan teratur frekuensi 1-2 x/hari, warna kuning, konsistensi lembek. Selama sakit tidak ada perubahan BAB

Olah raga dan aktifitas : sebelum sakit jarang melakukan olah raga saat sakit tidak pernah olah raga karena badan lemah

Istirahat dan tidur : Tidur malam jam 22.00-05.00, siang 13.00-14.30 saat sakit tidak ada perubahan waktu tidur

Pola interaksi social : orang yang paling dekat suami, satu rumah milik sendiri, jika mempunyai masalah dibicarakan dengan suami dan anak-anak, interaksi dalam keluarga baik

Kegiatan keagamaan dan spiritual : sebelum sakit dan saat sakit tidak ada hambatan, keterlibatan dalam organisasi keagamaan: klien sebagai anggota Majelis Gereja.

Keadaan psikologis selama sakit: persepsi klien terhadap penyakit yang diderita: klien cemas dengan keadaan sakitnya, klien yakin bahwa ia akan sembuh dengan pengobatan yang dijalankannya sekarang, pola interaksi dengan petugas di lingkungan baik dan klien menerima pelayanan kesehatan yang diberikan.

Data Laboratorium dan diagnostic: tgl 26 Jan 2020 Hb 7,3 g/dl, jumlah eritrosit  $3,24 \times 10^6/\text{ul}$ , Hematokrit 25,6 jumlah leukosit  $18,27 \times 10^3/\text{ul}$ , Eosinofil 0,2 %, Neutrofil 88,0%, Limfosit 99,0 %

Penatalaksanaan pengobatan: IVFD NaCl 0,9% Cefotaxime 2x1 gr, B Kompleks 2x1 tab, Suslfaferosus 2x1 tab, Dexametason 1 amp, Transfusi PRC 2 bag.

b. Analisa Data

Dari hasil pengkajian didapatkan data subyektif klien mengatakan badannya terasa lemah dan pusing, mata berkunang. Data Obyektif klien terlihat pucat, lemah, acral dingin, konjungtiva anemis, TTV : TD 80/60 mmhg, suhu  $35,5 \text{ }^\circ\text{C}$  N 92x/menit, RR 20 x/menit, SaO<sub>2</sub> 98% CRT < 3 detik, HB 7,3 gr/dl hematokrit 25,6, Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, penyebab penurunan

konsentrasi Hb dalam darah.

#### 4.1.2 Diagnosa keperawatan

Penentuan diagnosa keperawatan yang dialami berdasarkan hasil pengumpulan data adalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb dalam darah yang ditandai dengan pasien mengatakan badannya terasa lemah, pusing mata berkunang kunang, Pasien terlihat pucat, lemah, acral teraba dingin, TTV : TD 80/60 mmhg, suhu 35,5 °c N 92x/menit, RR 20 x/menit, Sao2 98% CRT < 3 detik, HB 7,3 gr/dl hematokrit 25,6.%.

#### 4.1.3 Perencanaan keperawatan

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dibuat setelah menetapkan perencanaan yang baik untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang ditandai dengan: data subyektif klien mengatakan badannya terasa lemah dan pusing, mata berkunang. Data Obyektif klien terlihat pucat, lemah, acral dingin, konjungtiva anemis, TTV : TD 80/60 mmhg, suhu 35,5 °c N 92x/menit, RR 20 x/menit, Sao2 98% CRT < 3 detik, HB 7,3 gr/dl hematokrit 25,6, Kaji kemampuan klien dalam melakukan aktifitas, catat dan laporkan kelelahan, keletihan dan kesulitan menyelesaikan tugas, Kaji kehilangan / gangguan keseimbangan gaya jalan dan kelemahan otot. Atur posisi tidur pasien semi fowler, Kaji respon verbal melambat, mudah tersinggung. Ukur tanda-tanda vital: TD, Nadi, RR, suhu tubuh serta pengisian kapiler dan warna kulit/ membran mucosa. Kolaborasi pemberian transfusi darah PRC, Pantau pemeriksaan laboratorium Hb, Ht Leukosit dan eritrosit

#### 4.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan klien dengan ketidakefektifan perfusi jaringan

perifer tanggal 27 januari 2020 Jam 09.10 Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan aktifitas, mencatat dan melaporkan adanya kelelahan dan keletihan, Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan aktifitas, jam 09.20 mengatur posisi tidur pasien semi fowler, mengkaji respon verbal klien 10.00 mengukur tanda tanda vital TD 80/60 mmhg, suhu 36°C N 92x/menit, RR 20 x/menit, Sao2 98% CRT < 3 detik, jam 10.00 melakukan kolaborasi pemberian transfusi PRC, tahap pra transfusi: melakukan persiapan pemberian transfusi darah sesuai SOP mencocokkan identifikasi pasien baik lisan maupun tulisan, memeriksa etiket kompatibilitas yang menempel pada kantong darah untuk memastikan golongan darahnya benar, memeriksa kesesuaian produk darah yang akan diberikan, memeriksa data kesesuaian pada kantong darah, Melakukan inform consent, Tahap pelaksanaan melakukan pemasangan transfusi darah sesuai prosedur, memantau tetesan darah, memonitor adanya reaksi yang timbul pada saat pemasangan transfusi. Tahap post transfusi mengganti bag darah dan infuse set dengan cairan Nacl 0,9 %, atur tetesan sesuai kebutuhan, perhatikan reaksi dan respon pasien, beritahukan pada pasien tindakan telah selesai. Evaluasi jam 12.00 Wita S: Klien mengatakan badannya masih lemah tidak merasa panas dan gatal, O: Konjungtiva pucat dan anemis, TTV : TD 80/60 mmhg, Nadi 90x/menit, RR 20x/menit, SP02 98%. A: Masalah belum teratasi P. Intervensi dilanjutkan I. , observasi respon klien adanya reaksi alergi

Hari ke 2 tanggal 27 Januari 2020 Jam 08.00 melakukan pengkajian komprehensif terhadap sirkulasi perifer CRT , 3 detik, conjungtiva masih pucat, Mengukur tanda tanda vital : TD 90/60 mmhg, s/n : 36°C N 92x/menit, RR 20 x/menit, Sao2 98%, jam 08.30 Mencatat keluhan rasa dingin dan mempertahankan lingkungan yang hangat, Memantau hasil pemeriksaan laboratorium 8,0 gr %. Jam 13.00 S: Klien mengatakan badannya terasa



lebih segar, pusing berkurang, O: klien tampak segar, akral hangat, konjungtiva agak pucat, TTV : TD 90/60 mmhg, s/n : 36°c N 92x/menit, RR 20 x/menit, Sao2 98%, hasil lab HB : 8,09r%A: masalah teratasi sebagian I: Intervensi dilanjutkan

#### 4.2 Pembahasan

Pada tinjauan teori menurut prowerawaty 2010 anemia merupakan suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin kurang dari normal sehingga tidak mencukupi untuk kebutuhan tubuh yang mengakibatkan terhambatnya kerja organ organ penting yang dimanifestasikan dengan keadaan Lesu, Cepat lelah, palpitasi, Takikardi, Sesak napas saat beraktifitas, angina pectoris sakit kepala , Pusing, telinga mendenging, mata berkunang- kunang , kelemahan otot, iritabilitas, lesu, serta perasaan dingin pada ekstremitas, epitel : Warna Pucat dan gangguan mukosa, elastisitas kulit menurun, serta rambut tipis dan halus.

Pengobatan untuk kondisi ini bervariasi salah satunya yaitu transfusi darah. Pada saat study kasus nyata pasien yang dirawat diruang Teratai RSUD Prof DR W.Z Johannes Kupang yang MRS pada tanggal 26 Januari 2020 didapati klien datang dengan keluhan badan lemah. Riwayat Keluhan utama: mulai dirasakan tanggal 21 Januari 2020, sifat keluhan kelemahan dan tidak dapat melakukan aktifitas dan perlu dibantu, keluhan lain yang menyertai mata kunang-kunang, intervensi yang dilakukan salah satunya yaitu pemberian transfusi darah. Berdasarkan hasil penelitian (Asih, Devy& Ifa, 2019) menunjukkan bahwa ketercapaian transfusi darah bukan hanya pada saat pemberian transfusi tetapi dimulai dari tahap pra transfusi yang dimulai dari cara perlakuan darah mulai dari keluarnya darah dari bank darah berapa lama standar darah di perjalanan menuju ruang perawatan, tehnik dan metode membawa darah tersebut, tehnik

menghangatkan darah sebelum masuk ketubuh pasien, dan memberikan informed consent pada pasien dan keluarga terkait tindakan pemberian transfusi. Pemberian premedikasi sebelum darah masuk ketubuh pasien dilakukan secara tepat sesuai dengan standar operasional prosedur di Rumah sakit ( Hafifah, 2019)

Pengamatan paling mutakhir menunjukkan bahwa di RSUD dr M Yunus Bengkulu tindakan pemasangan transfusi darah dimulai dari tahap persiapan yang merupakan tahap awal yang dibagi menjadi dua yaitu tahap persiapan alat untuk prosedur dan tahap pemasangan transfusi masing masing ada 10 item tahapan kegiatan sesuai dengan SOP yaitu (1) periksa kembali apakah pasien telah menandatangani informed consent (2) teliti apakah golongan darah pasien telah sesuai (3) lakukan konfirmasi bahwa transfusi darah memang telah disiapkan (4) jelaskan prosedur kepada pasien saat menerima darah atau komponen darah (5) periksa ulang label dengan perawat lain untuk meyakinkan bahwa golongan ABO dan RHnya sesuai dengan catatan (6) periksa adanya gelembung darah dan adanya warna yang abnormal dan pengkabutan gelembung udara menunjukkan adanya bakteri (7) periksa jumlah jenis darah donor sesuai dengan catatan resipien (8) periksa ulang jumlah kebutuhan dan jenis darah pasien (9) kaji apakah klien pernah menjalani transfusi dan apakah pernah mengalami reaksi atau tidak (10) periksa tanda vital pasien sebagai dasar perbandingan tanda vital sebelumnya. Dan hasil yang ditemukan dari 10 prosedur ada dua prosedur pra transfusi yang tidak dilakukan. Sementara prosedur pra pemberian transfusi darah yang dilakukan di Ruang Teratai RSUD Prof DR W.Z Johannes Kupang dilakukan tanpa mengikuti SOP yang ada. Yang dilakukan di RSUD Prof DR W.Z Johannes tidak mengikuti urutan prosedur yang ada sementara tahap persiapan sangat mempengaruhi tahap selanjutnya karena apabila yang kita butuhkan telah disiapkan maka proses tindakan akan

berjalan secara lancar. Hal yang paling sering tidak dilakukan oleh perawat pada pra transfusi adalah periksa ulang jumlah kebutuhan dan jenis darah pasien kaji apakah klien pernah menjalani transfusi dan apakah pernah mengalami reaksi atau tidak.

Pada tahap intra transfusi menurut hasil penelitian Rahmatul., Neyla., dan Risa (2016) langkah-langkah yang harus dilakukan (1) Jelaskan tujuan dan prosedur (2) cuci tangan dan pakai sarung tangan (3) lakukan pemasangan infuse jika pasien belum terpasang infus dengan cairan yang dipakai yaitu Nacl 0,9 % (4) siapkan komponen darah yang diberikan (5) teliti ulang label atau komponen darah yang diberikan (6) cek tanda tanda vital dan keadaan umum pasien (7) pindahkan selang transfusi dan dari cairan infuse Nacl ke komponen darah sesuai kebutuhan (8) atur atau hitung tetesan sesuai kebutuhan (9) pasang label (10) perhatikan reaksi atau respon pasien dan observasi pasien untuk melihat adanya syok atau reaksi alergi (11) beritahukan kepada pasien tindakan telah selesai. Selama dilakukan study kasus di ruang teratai RSUD Prof DR W.Z Johannes sudah dilakukan sesuai prosedur Pada Tahap Intra transfusi atau selama pemberian transfusi tubuh yang paling orang mengalami reaksi. Reaksi terjadi berupa demam, pusing, gatal-gatal atau ultikari dan menggigil serta ada juga yang mengalami komplikasi reaksi hemolitik dan dengan reaksi itu dokter menginstruksikan untuk menghentikan transfusi atau memberikan transfusi dengan mengganti jenis darah yang lain dan ini biasanya dilakukan pada ibu yang menjalani *sectio caesarea( SC)*

Menurut Desmawaty (2013) kebanyakan reaksi Transfusi terjadi 15-30 menit transfusi. Walaupun selama melaksanakan prosedur tindakan ini pasien tidak ada yang mengalami reaksi transfusi hendaknya perawat harus siap melakukan tindakan sesuai SOP.

Menurut Widodo ( 2016) setelah darah ditransfusikan kepada pasien harus

diobservasi secara cermat pada 5-10 menit pertama sejak transfusi diberikan.. pemeriksaan tanda vital setelah darah dimasukkan kedalam tubuh diperlukan untuk mengamati reaksi transfusi yang berkaitan dengan reaksi imunologis. Pada reaksi hemolitik dan alergi pasien bisa mengalami shock sehingga perlu pengawasan terhadap tanda tanda vital.

Pada saat study kasus nyata pasien Ny W.U yang dirawat diruang Teratai RSU Prof DR W.Z Johannes Kupang pasien yang diberikan transfusi darah tidak mengalami reaksi alergi maupun reaksi hemolitik, dan tetap mengikuti prosedur memonitor tanda tanda vital selama 15 menit selama transfusi diberikan.

Nova, Titin dan Helda ( 2020) mengemukakan Tahap post transfusi merupakan tahap akhir, tahap pengawasan dan pendokumentasian. Hasil penelitian yang telah dilakukan pada tahap ini adalah peran perawat dalam memperhatikan reaksi atau komplikasi dari pemberian transfusi. Penting seorang perawat untuk memantau respon pasien serta mendokumentasikan dengan lengkap, dan melakukan kolaborasi pengambilan sampel darah untuk menilai atau memantau keefektifan tindakan pemberian transfusi darah

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### 5.1 Kesimpulan

Transfusi darah merupakan salah satu terapi dengan cara pemberian darah lengkap atau komponen darah seperti plasma, sel darah merah, atau trombosit melalui jalur IV (Kiswari, 2015). Transfusi darah secara umum bertujuan mengembalikan serta mempertahankan volume normal peredaran darah, mengganti kekurangan komponen sel darah meningkatkan oksigenasi jaringan serta memperbaiki fungsi homeostatis tubuh. Peran perawat sangat penting dalam pemberian transfusi darah, karena pasien yang menderita anemia terjadi gangguan perfusi jaringan perifer sehingga dengan penatalaksanaan pemberian transfusi darah yang tepat dapat meningkatkan perfusi jaringan perifer pada pasien dengan Anemia. Oleh karena itu perawat dituntut untuk dapat menentukan membuat rencana dan melakukan tindakan keperawatan sebelum pemberian transfusi darah yaitu persiapan mulai dari pengambilan darah dari bank darah, menjaga suhu selama perjalanan dari ke bank darah ke ruangan perawatan, mengidentifikasi pasien dan darah yang akan dipasang serta informed consent, pada tahap intra transfusi yang dilakukan perawat yaitu menyiapkan alat dan pasien serta melakukan premedikasi sesuai instruksi, melakukan pengukuran tanda-tanda vital sedari pemasangan darah sesuai SOP yang ada, serta pada tahap post transfusi atau tahap akhir tindakan keperawatan yaitu mengawasi reaksi atau komplikasi dari transfusi serta melakukan pengukuran TTV serta melakukan pendokumentasian.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Bagi pasien

Diharapkan pasien mendapat asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya

### 5.2.2 Bagi institusi pendidikan

Diharapkan adanya literature - literatur yang diberikan sehingga mempermudah proses pembelajaran lebih lanjut

### 5.2.3 Bagi penulis

Diharapkan penulis mampu memahami lebih dalam tentang pengkajian, perencanaan, pada pasien yang mengalami gangguan perfusi jaringan perifer serta tindakan keperawatan kolaboratif pemberian transfusi darah

### 5.2.4 Bagi perawat Ruangan

Diharapkan perawat ruangan mampu melakukan tindakan secara benar dan tepat sesuai SOP yang ada.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asih., Devi Rahmayani., & Ifa Hafifah ( 2019) . *Gambaran Intervensi Keperawatan Sebelum Pelaksanaan Transfusi Darah*. Jurnal
- Desmawati.(2013). *System hematology dan imunologi*. Jakarta: in media
- Dallman PR. *Nutritional anemia*. D Edisi ke-20 AM, Hoffman JIE dalam Rudolph,1996
- Daniel A., & Dini Nurbaety ( 2019). *Gambaran Ketercapaian Transfusi Darah Sesuai Standar Operasional Prosedur Pada Pasien Tallasemia Mayor Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis*.Jurnal Ilmu Keperawatan
- Handayani dan Hariwibowo.2010.*Buku Ajar Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan Sistem Hematologi*. Jakarta. Salemba Medika.
- Hanafie, A.2016 *Anemia Dan Transfusi Sel Darah Merah Pada Pasien Kritis*. Jurnal Kedokteran Nusantara.Volume 39.Nomor 3.Edisi September 2016. Jakarta Penerbit Erlangga,2014
- Kiswari, R. *Hematology dan Transfusi*. Jakarta Penerbit Erlangga,2014
- Nova Yustisia., Titin Aprilatutini., Helda Desfianty ( 2020). *Studi Kualitatif Prosedur Pemasangan Transfusi Darah Pada Pasien Anemia*. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu
- Proverawaty, Atikah, 2011. *Anemia dan Anemia kehamilan*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Rekam Medik RSU Prof DR W.Z Johannes kupang a/n Ny W.U. Ruangan Teratai. (2020)

WHO.(2007). *Patient Identification patient safety Solutions*.Diakses pada 28 Agustus 2020 pukul 21.15 WITA.Dalam <http://www.who.int/patientsafety/PS> Solution/patientsafety.



## LAMPIRAN



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

Nama Mahasiswa : FEBRY A LIMA  
NIM : PO 530 321 119 674

### FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ORANG DEWASA

#### 1. PENGKAJIAN

Nama Pasien(inisial) : Ny. W.U  
Ruang/Kamar : Teratai  
Diagnosa Medis : Anemia  
No. Medical Record : 42 22 50  
Tanggal Pengkajian : 27-01-2020 Jam : 09.00 wita  
Masuk Rumah Sakit : 27-01-2020 Jam : 08.10 wita

#### Identitas Pasien

Nama Pasien(inisial) : Ny. W.U Jenis Kelamin : Perempuan  
Umur/Tanggal Lahir : 54 thn/01/06/1963 Status Perkawinan : Menikah  
Agama : Protestan Suku Bangsa : Sabu  
Pendidikan Terakhir : SMP Pekerjaan : IRT  
Alamat : Bakunase

**Identitas Penanggung**

Nama (inisial) : Tn. M.U                                  Pekerjaan : Nelayan  
Jenis Kelamin : Laki-laki                              Hubungan dengan klien : Suami  
Alamat : Kelapa Lima

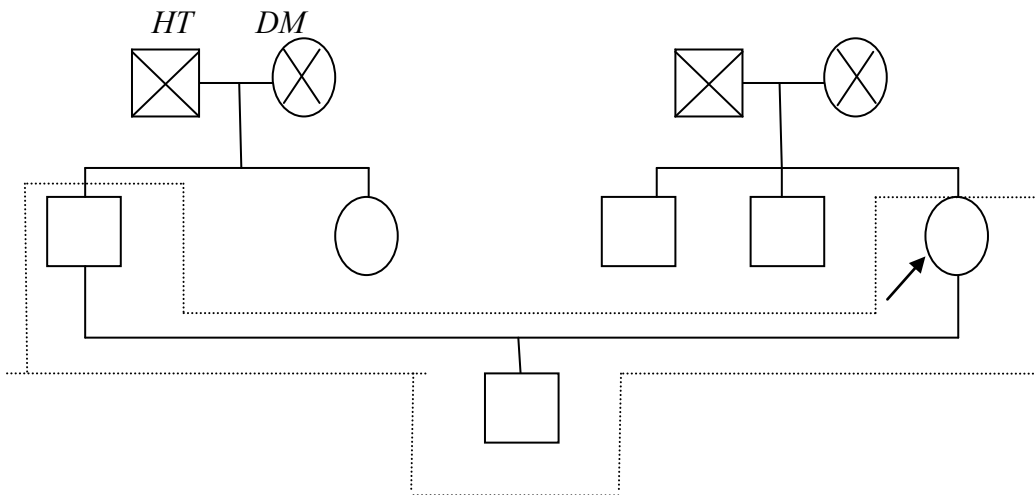
**Riwayat Kesehatan**

1. Pengkajian Tingkat Kesadaran : Composmentis , GCS E4 V5 M6
2. KeluhanUtama : Lemas
  - Kapan : Sejak 3 minggu yang lalu
  - Lokasi : di seluruh tubuh
3. Riwayat KeluhanUtama
  - Mulai timbulnya keluhan : Tanggal 26-01-2020
  - Sifatkeluhan :Lemas mengganggu aktivitas sehari-hari
  - Lokasi : Seluruh tubuh
  - Keluhan lainyangmenyertai :Mata kunang-kunang, mual
  - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan: Bangun tidur
  - Apakah keluhan bertambah/ berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saatmana):Tidak bertambah atau kurang
  - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalahkesehatan: Langsung di bawah ke IGD
4. Riwayat PenyakitSebelumnya
  - Riwayat penyakit yang pernahdiderita: Kusta, Cara mengatasi, sudah mendapat pengobatan dari dokter spesiansi kulit dan menjalani program pengobatan selama 1 tahun
  - Riwayat Alergi : Jenis obat paracetamol
5. Riwayat Operasi:
6. Kebiasaan
  - Merokok : Pasien tidak merokok

- Minumalkohol : Pasien tidak minum alkohol
- Minum kopi : Pasien tidak minum kopi
- Minumobat-obatan: Obat program kusta selama 1 tahun

**Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :**

*Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.*



**Keterangan:**

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal
- ↗ : Pasien
- : Tinggal serumah

Analisa keadaan kesehatan keluarga: Pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang pernah menderita penyakit anemia. Ayah mertua klien meninggal karena Hipertensi dan ibu mertua klien meninggal karena DM, sedangkan kedua orang tua klien meninggal tanpa diketahui penyebabnya.

## **Pemeriksaan Fisik**

### **1. Tanda – Tanda Vital**

- Tekanan darah :80/60 mmHg
- Nadi :87 x /menit
- Pernapasan :20 x/menit
- Suhu badan :35,5°C
- SpO2: 99%

### **2. Kepala dan leher**

- Kepala :
  - Sakitkepala: Tidak ada keluhan
  - Bentuk , ukuran danposisi: Bentuk kepala normal
  - Lesi : Tidak ada lesi
  - Masa : Tidak ada massa
  - Observasi Wajah :Simetris, pada wajah tampak kehitaman
  - Penglihatan: Normal
    - Konjungtiva:Pucat, paibebrapucat
    - Sklera:kemerahan
    - Pakai kaca mata : Tidak
  - Penglihatan kabur : Tidak
  - Nyeri :Tidak ada
  - Peradangan :Tidak ada
  - Operasi: Pasien tidak pernah menjalani operasi mata
  - Pendengaran
    - Gangguan pendengaran : Tidak
    - Nyeri : Tidak
    - Peradangan : Tidak
  - Hidung
    - Alergi Rhinitis : Tidak
    - RiwayatPolip : Tidak
    - Sinusitis : Tidak

- Epistaksis : Tidak
- Tenggorokan danmulut
  - Keadaan gigi :lengkap
  - Caries : Tidak
  - Memakaigigipalsu : Tidak
  - Gangguanbicara : Tidak
  - Gangguanmenelan : Tidak
  - .....Pembesaran kelenjar leher : Tidak

### 3. Sistem Kardiovaskuler

- NyeriDada : Tidak ada
- Inspeksi
  - Kesadaran/GCS :composmentis / 4,5,6 E,V,M
  - Bentuk dada : Normal
  - Bibir :Normal, bibir tampak pucat
  - Kuku :Normal,tidak ada sianosis
  - CapillaryRefill :Normal,>3 detik
  - Tangan :Normal
  - Kaki :Normal
  - Sendi :Normal
- Ictuscordis/ApicalPulse:Teraba
- Venajugularis : Tidak ada teraba
- Perkusi : pembesaran jantung :Tidak ada pembesaran jantung
- Auskultasi : Normal

### 4. Sistem Respirasi

- Keluhan :Tidak ada keluhan
- Inspeksi
  - Jejas : Tidak
  - Bentuk Dada : Normal

- Jenis Pernapasan : Tidak normal, vesikuler
- Irama Napas : Teratur
- Retraksi otot pernapasan : Tidak ada
- Penggunaan alat bantu pernapasan : Tidak ada
- Perkusi
  - Cairan : Tidak ada
  - Udara : Tidak ada
  - Massa : Tidak ada
- Auskultasi
  - Inspirasi : Normal
  - Ekspirasi : Normal
  - Ronchi : Tidak ada
  - Wheezing : Tidak ada
  - Krepitasi : Tidak ada
  - Rales : Tidak ada
  - Clubbing Finger : Normal

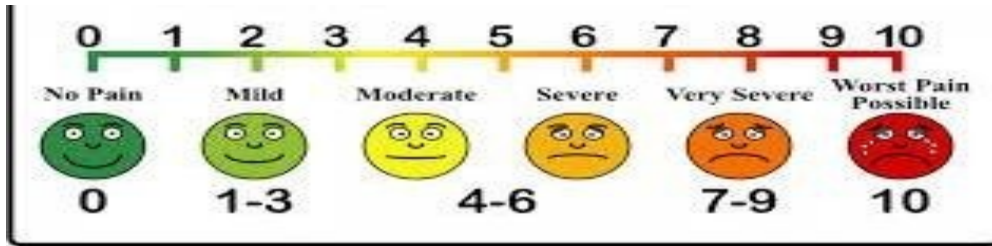
## 5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : Mual
- b. Inspeksi:
  - Turgor kulit : Normal
  - Keadaan bibir : Kering
  - Keadaan rongga mulut
    - Warna Mukosa : Merah muda
    - Luka/ perdarahan : Tidak ada
    - Tanda-tanda radang : Tidak ada
    - Keadaan gusi : Normal
  - Keadaan abdomen
    - Warna kulit : Kehitaman
    - Luka : Tidak ada

- Pembesaran : Tidak ada pembesaran
- Keadaan rektal
  - Luka : Tidak ada
  - Perdarahan : Tidak ada
  - Hemmoroid: Tidak ada
  - Lecet/ tumor/ bengkak : Tidak ada
- c. Auskultasi:
  - Bising usus/Peristaltik : Normal, 20 x
- d. Perkusi :
  - Cairan : Normal
  - Udara : Normal
  - Massa : Normal
- e. Palpasi:
  - Tonus otot : Normal
  - Nyeri : Normal
  - Massa : Normal

## 6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : Pasien mengatakan ada keluhan nyeri payudara kanan
- b. Keluhan Subyektif (Nyeri)
  - P: Pasien mengatakan nyeri pada payudara kanan
  - Q: Seperti tertusuk
  - R: Nyeri pada daerah payudara kanan menjalar ke bahu kanan
  - S: Skala nyeri 4, nyeri sedang (Skala 0-10)
  - T: Nyeri terjadi sejak 7 bulan yang lalu, nyeri hilang muncul dengan sendirinya



- c. Tingkat kesadaran: composmentis E4V5E6
- d. Pupil : Isokor
- e. Kejang : Normal
- f. Jenis Kelumpuhan : Tidak ada
- g. Parastesia : Tidak ada
- h. Koordinasi gerak: Normal
- i. Cranial Nervous: Normal
- j. Reflex: Normal

**7. Sistem Muskuloskeletal**

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Kelainan Ekstremitas : Tidak ada
- c. Nyeri otot : Tidak ada
- d. Nyeri Sendi : Tidak ada
- e. Refleksi sendi : Normal
- f. kekuatan otot :

5	5	
5	5	

**8. Sistem Integumentari**

- a. Rash : Tidakada
- b. Lesi: Tidak ada
- c. Turgor : Jelek
- d. Kelembaban : Kulit kering
- e. Petechie : Tidakada
- f. Lainlain: Bercak-kehitaman pada seluruh tubuh, pada area tangkai tampak tersisik



dan kering kurang lebih 1 tahun mengkonsumsi obat program kusta

## **9. Sistem Perkemihan**

- c. Gangguan : Tidak ada keluhan
- d. Alat bantu(kateter, dll): Tidak menggunakan alat bantu berkemih
- e. Kandung kencing:
  - Membesar : Tidak
  - Nyeritekan: Tidak
  - Produksi urine:  $\pm 800$  cc/hr
- f. Intakecairan:
  - oral:  $\pm 1000$  cc/hr
  - parenteral: 350cc/24 jam
- g. Bentuk alatkelamin: Normal
- h. Uretra: Normal
- i. Lain-lain :Tidak ada

## **9. Sistem Endokrin**

- a. Keluhan :Tidak ada keluhan
- b. PembesaranKelenjar : Tidakada
- c. Lain-lain :Tidak ada

## **10. Sistem Reproduksi**

- a. Keluhan :Tidak ada keluhan
- b. Wanita :
  - Keadaan payudara : Normal
  - RiwayatPersalinan: Persalinan normal {5 kali}
  - Abortus: Tidak pernah
  - Pengeluaran pervaginam: Normal
- c. Pria:-
  - Pembesaran prostat: -
- d. Lain-lain: Tidak ada

## **11. Pola Kegiatan Sehari-hari(ADL)**

## A. Nutrisi

### 1. Kebiasaan:

- Polamakan :Nasi + sayur / lauk
- Frekuensi makan : 3x sehari
- Nafsumakan :Baik
- Makanan pantangan :sayuran marungga
- Makanan yang disukai :buah- buahan
- Banyaknya minuman dalam sehari :± 8-10 gelas /hari ± 1600-2000 cc/hari
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai :sayur kelor
- BB : 43 kg                      TB : 155 cm
- BBI:  $(TB-100) - 10\%$

$$= (155-100) \text{ kg} - 10\%$$

$$= 55 \text{ kg} - 10 \%$$

$$= 55 - 5,5$$

$$= 49,5 \text{ kg}$$

- Kenaikan/Penurunan BB: Ada penurunan BB selama sakit 1 tahun terakhir. Sebelum sakit BB 43 kg sekarang 35 kg.( tidak ideal)

**B.** Perubahan selama sakit: napsu makan berkurang, porsi makan tidak di habiskan, bila banyak makan pasti mual

## C. Eliminasi

### 1. Buang air kecil(BAK)

#### a. Kebiasaan

- Frekuensi dalam sehari : 3-4x/hari Warna : Kuning jernih
- Bau : Pesing, tidak ada
- b. Perubahan selama sakit : 4-6 x / hari kadang warna merah saat konsumsi obat lepra

### 2. Buang air besar(BAB)

#### a. Kebiasaan : Teratur

Frekuensi dalam sehari : 1-2x/hari

Warna : kuning Bau : Khas

Konsistensi : Lembek, kadang keras

b. Perubahan selama sakit : Tidak teratur kadang 2 hari sekali, warna kuning

#### **D. Olah raga danAktivitas**

- Kegiatan olah raga yang disukai :
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur :Tidak

#### **E. Istirahat dantidur**

- Tidur malam jam :22.00
- Bangun jam :05.00
- Tidur siang jam :13.00
- Bangun jam :14.30
- Apakah mudah terbangun :Ya, buang air kecil
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman :baca buku

#### **Pola Interaksi Sosial**

1. Siapa orang yang penting/ terdekat :Suami
2. Organisasi sosial yang diikuti :
3. Keadaan rumah dan lingkungan :Baik
  - Status rumah :Rumah permanen
  - Cukup / tidak :Cukup
  - Bising / tidak:Tidak
  - Banjir / tidak :Tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/terdekat: Dengan suami dan anak-anak
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : selesaikan dengan suami
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : Baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : Klien rutin mengikuti kebaktian / ibadah
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan :Klien sebagai anggota majelis di gereja

### **Keadaan Psikologis Selama Sakit**

1. Persepsi terhadap penyakit yang diderita :Klien mengatakan ia lemas dengan keadaan sakit sekarang, ia khawatir tidak dapat menghadiri acara wisuda anaknya
2. Persepsi terhadap keadaan kesehatannya : Ia menerima sakitnya sebagai kesalahan untuk kurang mengkonsumsi
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya :baik, klien menerima pelayanan yang diberikan petugas

### Data Laboratorium &Diagnostik

#### a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil
			Tanggal
			26/01/2020
1	Hemoglobin	12,0-16,0 g	7,3
2	Jlh-Eritrosit	4,20-5,40 $10^6$ /ul	3,24
3	Hematokrit	37,0-47,0	25,6
4	Jln leukosit	4,10-10,0 %	18,27
5	Eosinofil	1,0-5,0 %	0,2 %
6	Neutrofil	50-70 %	88,0 %
7	Limfosit	20-40 %	9,8 %

### Diagnostik Test

#### 1. FotoRontgen

- a. Foto gigi dan mulut: Tidak dilakukan
- b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus: Tidak dilakukan
- c. Cholescystogram: Tidak dilakukan

d. Fotocolon: Tidak dilakukan

2. Pemeriksaan-pemeriksaankhusus

a. Ultrasonographi : Tidak dilakukan

b. Biopsy: Tidak dilakukan

c. Colonoscopy: Tidak dilakukan

3. Penatalaksanaan/pengobatan (pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

a. Pembedahan : tidak dilakukan

b. Obat-obatan :

- Transfusi PRC 2 bag. Indikasi: Pengganti sel darah merah pada anemia, anemia karena perdarahan akut. Kontra indikasi: Resiko overload cairan
- IVFD NaCl 0,9 %. Indikasi :digunakan sebagai pengganti cairan, Kontra indikasi : Hipersensitif.
- Cefotaxime 2x1gr. Indikasi : Antibiotik yang bekerja pada infeksi virus, Kontra indikasi: alergi terhadap antibiotic, Efek samping: Diare, pusing, ruam kulit dan demam.
- B kompleks 2x1 tab.

Indikasi: Mencegah dan mengobati defisiensi B kompleks. Kontra indikasi: Hipersensifitas terhadap Thiamin atau komponen lain. Efek samping: sakit dada, haus, penglihatan kabur, ruam.

- SF ( Sulfa ferosus ) 3x1 tab.

Indikasi: Mencegah dan mengobati defisiensi besi. Kontra indikasi: mual, kram, sakit perut, konstipasi, sembelit. Efek samping: Muntah berat.

- Dexametasone 2x 0,5 mg.

Indikasi: Anti inflamasi golongan kortokosteroid mengurangi/menekan proses peradangan dan alergi terhadap tubuh. Kontra indikasi: Herpez simplez pada mata, , ulcer peptic, osteoporosis, DM, Insufisiensi Ginjal. Efek samping: Insomnia, keringat berlebih, kelemahan otot dan penipisan kulit.

## ANALISA DATA

No	DATA	MASALAH	PENYEBAB
1	<p>DS : Pasien mengatakan badan lemah dan pusing</p> <p>DO : - Klien terlihat pucat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acral dingin</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- CRT &gt; 2 detik</li> <li>- Hb 7,3 gr/dl, Hematokrit 25,6</li> <li>- TTV : TD 80/60 MmHg, S: 35,5 ° c, N: 20 x/mnt, SaO2: 100 %</li> </ul>	<p>Ketidakseimbangan perfusi jaringan perifer</p>	<p>Penurunan konsentrasi HB dalam darah</p>
2	<p>DS : Pasien mengatakan napsu makan berkurang hanya habis 4 sendok setiap kali makan karena jika makan rasa mual</p> <p>DO: - Pasien tampak lemas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan</li> <li>- Berat Badan 35 kg</li> </ul>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Asupan yang kurang</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lila 20 Cm, Lingkar perut 70 CM</li> <li>- IMT :</li> <li>- Status Gizi Kurang</li> </ul>		
--	--	--	--

INTERVENSI

No	Waktu	Diagnosa	Goal dan	Perencanaan	Rasional
----	-------	----------	----------	-------------	----------

	Tgl/Jam	Keperawatan	Obyektif		
1	27 Jan 2020 09.00	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dalam darah	Goal : Klien akan meningkatkan perfusi jaringan yang adekuat selama masa perawatan Obyektif Setelah dilakukan tindakan keperawatan n selama 2 x24 jam diharapkan konsentrasi HB dalam darah meningkat dengan kriteria hasil: 1. Klien tidak	1. Lakukan pengkajian yang komprehensif terhadap sirkulasi perifer  2. Ukur Tanda Vital dan CRT  3. Catat keluhan rasa	1. Memberikan informasi tentang keadekuatan perfusi jaringan dan membantu menentukan kebutuhan intervensi  2. Manifestasi kardiopulmonal dari upaya jantung untuk membawa jumlah oksigen adekuat ke



			<p>puat</p> <p>2. Acral hangat</p> <p>3. Konjungtiva merah muda</p> <p>4. CRT &gt; 2 detik</p> <p>5. Kadar HB dalam batas normal antara 12,0-16,0 gr/dl, Hematokrit 37,0-47,0 %</p> <p>6. Tanda-tanda Vital dalam batas normal</p>	<p>dingin dan pertahankan suhu lingkungan yang hangat</p> <p>4. Tinggikan kepala tempat tidur sesuai toleransi</p> <p>5. Kolaborasi pemberian transfusi darah PRC dan Obat Zat besi</p> <p>6. Pantauan pemeriksaan laboratorium HB, HT, Leukosit dan</p>	<p>jaringan</p> <p>3. Vasokonstriksi ke organ vital menurunkan sirkulasi perifer</p> <p>4. Meningkatkan ekspansi paru dan memaksimalkan oksigenasi untuk kebutuhan sel</p> <p>5. Memenuhi kebutuhan darah</p>
--	--	--	--	--	---

				eritrosit	6. Mengidentifikasi defisiensi dan kebutuhan pengobatan/ respon terhadap therapy
2	27/1/2020 Jam 09.00	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan yang kurang	Goal: Klien dapat mempertahankan kebutuhan nutrisi yang adekuat selama masa perawatan. Obyektif: Dalam jangka waktu 2 x 24 jam diharapkan asupan makan meningkat	1. Kaji riwayat nutrisi termasuk makanan yang tidak disukai  2. Observasi dan catat masukan makanan pasien  3. Observasi dan catat keluhan mual	1. Mengidentifikasi defisiensi dan membantu menegakkan intervensinya  2. Mengawasi masukan kalori dan kualitas konsumsi makanan  3. Mengawasi

			<p>dengan criteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tidak lemas</li> <li>2. Porsi makan dihabiskan</li> <li>3. Berat badan meningkat</li> </ol>	<p>muntah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sajikan makanan dalam kondisi hangat</li> <li>5. Anjurkan keluarga beri makan sedikit sedikit tapi sering</li> </ol>	<p>masukkan kalori atau kualitas kekurangan konsumsi makanan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Meningkatkan napsu makan dan menghindari muntah</li> <li>5. Makan sedikit dapat menurunkan kelelahan dan meningkatkan pemasukan juga mencegah distensi</li> </ol>
--	--	--	---	--	--

				6. Timbang Berat Badan setiap hari	gaster 6. Mengawasi penurunan Berat Badan atau efektifitas intervensi nutrisi
--	--	--	--	------------------------------------	--

CATATAN KEPERAWATAN

No	WAKTU	DIAGNOSA	JAM	TINDAKAN	EVALUASI
----	-------	----------	-----	----------	----------

	TGL/JAM	KEP		KEPERAWA TAN	
1	27 Jan 20	Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB dalam darah	09.10  09.13  09.15  09.20  10.00  10.10	1. Melakukan pengkajian yang komprehensif ter hadap sirkulasi perifer : CRT > 2 detik, conjungtiva pucat 2. Mengukur tanda- tanda vital : hasil TD 80/60 MmHg, S/N : 35,5 ° C/90 x/menit, SPO2 100 % RR: 20 x/menit 3. Mencatat keluhan rasa dingin dan mempertahankan lingkungan yang hangat 4. Mengatur posisi tidur kepala sedikit lebih tinggi sesuai toleransi pasien 5. Kolaborasi pemberian transfusi darah	S: Klien mengatakan badannya masih terasa lemah dan pusing O: KU lemah - Konjungti va pucat / anemis - TTV : TD 80/60 mmhg, N: 90 x/menit RR : 20x/men it, SP02 98% A: Masalah belum Teratasi P: Intervensi di lanjutkan ( 1-6)

				PRC dan obat Zat Besi 6. Memantau hasil pemeriksaan laboratorium HB 7,3 gr %	
2	27 Jan 20	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupaan yang kurang	09.40 09.45 09.50 10.00 10.00 11.00	1. Mengkaji riwayat nutrisi termasuk makanan yang disukai. 2. Mengobservasi dan mencatat masukkan makanan pasien: klien tidak bisa menghabiskan porsi makanannya hanya sebagian 3. Mengobservasi dan mencatat adanya mual dan muntah 4. Menyajikan makanan dalam kondisi hangat 5. Menganjurkan makan sedikit sedikit tapi	S: Klien mengatakan tidak ada napsu makan tidak bisa menghabiskan porsi makan yang diberikan karena mual O: - porsi makan tidak dihabiskan hanya 4-5 sendok makan - Klien tampak kurus - Lila 20 cm - BB 35,5 kg - Status gizi kurang

				sering 7. Menimbang berat badan setiap hari	A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan (1-6)
--	--	--	--	--	---

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN

No	TGL/JAM	RESPON PERKEMBANGAN ( SOAPIE)	TANDA TANGAN
1	28 Jan 20 DX I	<p>S: Pasien mengatakan badannya masih lemas, tidak pusing</p> <p>O : - Klien tampak berbaring ditempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konjungtiva pucat</li> <li>- acral hangat</li> <li>- TTV : TD 100/60 MmHg, S/N : 36,5 ° C/ 80 x/menit, RR : 20 x / menit</li> <li>- CRT &gt; 2 detik</li> <li>- Hb 7,3 GR%</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan ( 2,3 dan 6)</p> <p>I : 10.00 Melayani premedikasi pro transfusi injeksi Dexamethasone 1 ampul/IV</p> <p>10.15 Memasang darah Bag I dengan No Bag: Golongan darah B, 8 TPM</p> <p>10.20 Memonitor tetesan darah : Berjalan lancar.</p> <p>10.30 - Mengobservasi reaksi alergi : Tidak ada</p>	

		<p>- Mengukur Tanda tanda Vital : TD: 100/60 MmHg, Suhu 36,5 ° C, Nadi 84 x /menit RR: 20 x/Menit</p> <p>11.15 Memonitor tetesan darah : Berjalan lancar</p> <p>12.00 – Melayani terapi oral Sulfaferosus ( SF) 1 tablet</p> <p>13.00 Menggati transfuse dengan Cairan Nacl 0,9 %</p> <p>E: Klien masih agak pucat</p>	
2	28 Jan 20 DX I	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan dan porsi makan dihabiskan, rasa mual berkurang</p> <p>O : - Klien tampak menghabiskan makan yang disediakan</p> <p>- Klien tampak bersemangat</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan ( 6)</p> <p>I : 10.00 Menimbang Berat Badan 10.15 Menganjurkan klien makan makanan selingan seperti roti tawar atau buah buahan</p> <p>E: Klien menghabiskan porsi makanan yang diberikan</p>	



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN

No	TGL/JAM	RESPON PERKEMBANGAN ( SOAPIE)	TANDA TANGAN
1	29 Jan 20 DX I	<p>S: Pasien mengatakan badannya segar dan dokter menyarankan boleh pulang</p> <p>O : - Klien tampak segar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konjungtiva merah muda</li> <li>- acral hangat</li> <li>- CRT &lt; 2 detik</li> <li>- TTV : TD 110/80 MmHg, S/N : 36,5 ° C/ 84 x/menit, RR : 20 x / menit</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>I : 10.00 Persiapan pulang</p> <p style="padding-left: 40px;">Anjurkan pasien untuk mengatur pola makan dirumah</p>	
2	29 Jan 20 DX I	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan dan porsi makan dihabiskan, rasa mual berkurang</p> <p>O : - Klien tampak menghabiskan makan yang disediakan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengkonsumsi makanan selingan yaitu roti</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>I : 10.00 Menimbang Berat Badan 35,5 kg</p>	



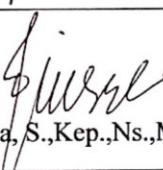
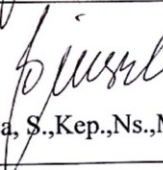
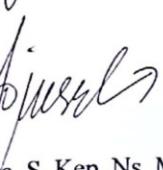


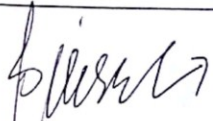
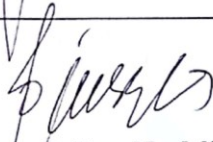
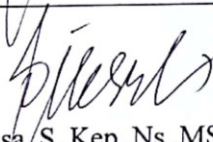
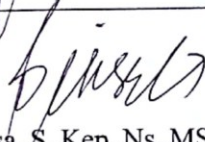
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



### LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Febry Aplorina Lima  
NIM : PO. 530 321 119 674  
Jurusan/Prodi : Keperawatan/ Program Pendidikan Profesi Ners  
Judul KTA : Efektifitas Pemberian Transfusi Darah Untuk Meningkatkan Perfusi Jaringan Akibat Anemia

No	Hari/tanggal	Topik Konsultasi	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Kamis, 13 Agustus 2020	1. Judul KTA 2. BAB 1: Latar belakang	 Pius Selasa, S.,Kep.,Ns.,MSc
2.	Jumat, 14 Agustus 2020	3. Judul KTA baru 4. BAB 1: Latar belakang	 Pius Selasa, S.,Kep.,Ns.,MSc
3.	Selasa, 18 Agustus 2020	1. Rujukan Literatur 2. BAB II: Tinjauan Teori	 Pius Selasa, S.,Kep.,Ns.,MSc
4.	Rabu, 19 Agustus 2020	1. BAB III : Metodologi Penelitian 2. Perbaikan BAB I : Latar belakang 3. Perbaikan BAB II: Tinjauan Teori	 Pius Selasa, S.,Kep.,Ns.,MSc

5.	Jumat, 28 Agustus 2020	1. Konsultasi laporan KTA BAB I-BAB V	 Pius Selasa, S.,Kep.,Ns.,MSc
6.	Minggu, 30 Agustus 2020	1. Konsul laporan fix dan Power Point	 Pius Selasa, S.,Kep.,Ns.,MSc
7.	Senin, 01 September 2020	1. Konsul Revisi power point dan KTA	 Pius Selasa, S.,Kep.,Ns.,MSc
8.	Selasa, 02 September 2020	2. Konsul Revisi Ujian KTA	 Pius Selasa, S.,Kep.,Ns.,MSc